

KETÄS TEILLÄ HOIDETAAN?

Mielipiteitä fysioterapiapalveluiden priorisoinnista
Janakkalan kunnassa

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden laitos
Fysioterapian koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Syksy 2006
Tarja Saari
Marja-Liisa Salmela

Lahden ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveystieteiden koulutusohjelma

SAARI TARJA, SALMELA MARJA-LIISA: Ketäs teillä hoidetaan? Mielipiteitä
fysioterapiapalveluiden priorisoinnista Janakkalan kunnassa.

Fysioterapian opinnäytetyö, 47 sivua, 7 liitesivua

Syksy 2006

TIIVISTELMÄ

Perusterveydenhuollon asiakaskunnan laajuus ja monimuotoiset tarpeet tekevät palveluiden priorisoinnista erityisen vaikean. Fysioterapiapalveluiden, kuten muidenkin terveydenhuollon palveluiden, priorisointi on myös eettisesti ongelmallista ja poliittisen kannanoton puuttuessa terveydenhuollon ammattihenkilöstö korostaa näyttöön perustuvia käytäntöjä. Terveydenhuollon toimintaympäristön muuttuessa priorisointikeskustelua on syytä käydä jatkuvasti.

Opinnäytetyössä selvitettiin kyselyn avulla poliittisten päättäjien ja terveyskeskuksen avainhenkilöiden näkemyksiä terveyskeskuksen fysioterapiapalveluiden priorisoinnista Janakkalan kunnassa. Kyselyn pohjana oli asiantuntijalähtöinen näkökulma fysioterapiapalveluiden tarpeeseen, jossa palveluiden tarve nähdään väestön sairastavuuden kautta. Lisäksi selvitettiin koehenkilöiden näkemyksiä fysioterapiapalveluihin liittyvästä yhteistyöstä.

Kyselyyn vastasi 25 henkilöä, jotka tekevät strategisia ja hallinnollisia päätöksiä sekä ohjailevat asiakasvirtoja. Vastaajaryhmiin kuuluivat perusturvalautakunnan jäsenet, lääkärit ja terveyden- ja sairaanhoidon tulosalueen sekä vanhustyön tulosalueen esimiehet.

Tärkeimmiksi koettiin lasten ja nuorten tuki- ja liikuntaelinoireisiin sekä lonkkamurtumien, toispuolihalvausten ja endoproteesileikkausten jälkitiloihin liittyvät fysioterapiapalvelut. 80 % vastaajista piti toispuolihalvauksiin, 72 % endoproteesileikkauksiin ja 68 % lonkkamurtumiin sekä lasten ja nuorten tuki- ja liikuntaelinongelmiin liittyvää fysioterapiapalvelua erittäin tärkeänä. Palvelut, joista tarvittaessa voitaisiin luopua, olivat lievästi tai kohtalaisesti ylipainoisille sekä fyysisesti passiivisille aikuisikäisille tarkoitettut fysioterapiapalvelut.

Asiasanat: priorisointi, sairastavuus, fysioterapiapalvelut, vaikuttavuus

Lahti University of Applied Sciences
Faculty of Social and Health Care

TARJA SAARI, MARJA-LIISA SALMELA:

Who are your patients?

Views on the prioritising of physiotherapy services in the municipality of Janakkala

Final Project in Physiotherapy; 47 pages, appendices 7 pages

Autumn 2006

ABSTRACT

Prioritising of services is particularly difficult in primary healthcare because of the wide client base and multitude of needs. In physiotherapy, as well as in other healthcare sectors, prioritising is problematic also from an ethical point of view and, in the absence of a political statement, healthcare professionals emphasise evidence based practices. As the operational environment in healthcare is undergoing change, an ongoing discussion on prioritising is advisable.

In this final project, the views of political decision makers and key healthcare personnel on the prioritising of physiotherapy services in the Janakkala municipality Health Centre were canvassed through a survey. The survey was based on an expert-oriented viewpoint on the need for physiotherapy services, where the need for services is considered through the prevalence of illness in the population. The project also examined the subjects' views on the cooperation associated with physiotherapy services.

The questionnaire was completed by 25 individuals, who make strategic and administrative decisions and monitor the patient flows. The respondent groups included members of the Social Security Board, doctors, and supervisors in the administrative units of healthcare and nursing and elderly care.

The physiotherapy services considered to be the most important were those related to musculoskeletal symptoms in paediatric and adolescent patients, and the sequelae of hip fractures, hemiparesis or endoprosthesis procedures. The physiotherapy services related to hemiparesis were ranked as very important by 80%, to the sequelae of endoprosthesis procedures by 72%, and to hip fractures and paediatric and adolescent musculoskeletal disorders by 68% of the respondents. The physiotherapy services which could be withdrawn as necessary were those intended for mildly or moderately overweight and physically passive adult patients.

Key words: prioritising, prevalence of illness, physiotherapy services, effectiveness

1 JOHDANTO	2
2 TERVEYDENHUOLLON KUNTOUTUS JANAKKALAN PERUSTURVASSA.....	3
3 PRIORISOINTI	4
3.1 Priorisoinnin määritelmä	4
3.2 Priorisoinnin tasot.....	6
3.3 Suomalainen malli	7
3.4 Terveydenhuollon etiikka ja priorisointi	8
4 VAIKUTTAVUUS TERVEYDENHUOLLOSSA JA FYSIOTERAPIASSA..	10
5 FYSIOTERAPIAPALVELUIDEN TARVE.....	12
6 SAIRASTAVUUS	13
6.1 Lapset ja nuoret.....	13
6.2 Työikäinen väestö.....	14
6.3 Ikääntyneet.....	16
7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	17
8 TUTKIMUSMENETELMÄT	18
8.1 Koehenkilöiden valinta.....	18
8.2 Opinnäytetyön toteutus	19
8.3 Aineiston käsittely ja analysointi.....	20
9 TULOKSET.....	21
9.1 Priorisointi	21
9.2 Posteriorisointi.....	24
9.3 Yhteistyö.....	25
9.4. Tulosten yhteenveto.....	25
10 POHDINTA.....	25
10.1 Aineiston ja menetelmän arviointia	26
10.2. Tulosten arviointia terveyden edistämisen näkökulmasta	27
10.3 Lasten fysioterapiapalveluita koskevien tulosten arviointia.....	29
10.4 Aikuisikäisten fysioterapiapalveluita koskevien tulosten arviointia	31
10.5 Fysioterapiapalveluiden priorisointikeinot	34
11 OMAN OPPIMISPROSESSIN POHDINTA.....	37
LÄHTEET	38
LIITTEET	48

1 JOHDANTO

Monet Suomen kunnat painivat talousvaikeuksissa (Kuntien muuttuva toimintaympäristö 2000, 8). Sosiaali- ja terveystoimintoihin käytetään noin puolet kuntien budjeteista (Kuntien ja kuntayhtymien talous ja toiminta 2005). Kuntien menoihin ja palvelurakenteeseen vaikuttaa tulevaisuudessa voimakkaasti väestön ikääntyminen (Kuntien muuttuva toimintaympäristö 2000, 8). Janakkalan kunnan on arvioitu olevan muuttovoittoinen ainakin vuoteen 2016 saakka, mikä lisää palveluiden tarvetta. Janakkalassakin vanhusväestön osuus ja määrä kasvavat vuoden 2010 jälkeen. (Janakkalan kunnan palvelustrategialuonnos, 5 – 6.) Väestörakenteen muutoksen lisäksi palveluihin ja kuntien menoihin vaikuttaa lääketieteen nopea kehitys. Lääketieteen kehittyessä yhä vaikeampia sairauksia kyetään hoitamaan ja yhä kalliimmin menetelmin. Myös väestön odotukset terveydenhuoltoa kohtaan ovat kasvaneet jatkuvasti. Paitsi väestön ikääntyminen, myös sairastamiskynnyksen lasku lisää sairastavuutta. Yhä pienemmät poikkeavuudet tulkitaan lääketieteelliseksi ongelmiksi. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 198, 228.) Terveyspalvelut ovat Suomessa kuitenkin perusoikeuksia, ja laissa on säädetty, että julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät palvelut (Ranta 2004, 370).

Valtionosuusuudistuksen myötä kuntien toimivalta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisessä on kasvanut, ja kunnat voivat suhteellisen vapaasti päättää niiden järjestämisestä (Wilskman, Heistaro & Ashorn 2004, 39; Viitanen 1997, 20). Uudistuksen seurauksena myös fysioterapeutit voivat nykyään hyvinkin vapaasti suunnitella työyksiköidensä toimintaa (Viitanen 1997, 70). Perusterveydenhuollon fysioterapiapalvelut on suunnattu koko kunnan väestölle, ja työntekijät joutuvat pohtimaan ristiriitaa laaja-alaisuuden ja erikoistaitojen välillä. Heidän olisi lisäksi osattava määrittää, mikä on hyvää ammattitaitoa (Viitanen 1997, 17, 28). Myös taloudellinen paine sekä 1990-luvulla alkanut keskustelu hoidon priorisoinnista aiheuttavat työntekijöille lisää epävarmuutta (Viitanen 1997, 17 – 18). Suomen terveydenhuollon tieteellis-tekninen laatu on korkeatasoista ja palvelut tuotetaan suhteellisen edullisesti, mutta palveluiden saatavuudessa on ongelmia (Kekomäki 2004, 27). Monet fysioterapiayksikötkin ovat joutuneet miettimään saatavuutta ja pohtimaan asiakasvirtojen hallintaa

(Hirva, Rissanen, 2006). Suomalaisen terveydenhuollon priorisointikeskustelua on johtanut työryhmä, joka on laatinut peruslinjaukset priorisoinnille. Tieteelliseen näyttöön perustuva hoito on noussut yhdeksi keskeiseksi priorisointistrategiaksi. (Ryynänen, Myllykangas, Kinnunen & Takala 1997, 89.)

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää poliittisten päättäjien, lääkäreiden ja esimiesten näkemyksiä fysioterapiapalveluiden priorisoinnista Janakkalan terveyskeskuksessa. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää edellä mainittujen ryhmien mielipiteitä ennaltaehkäisevistä ja korjaavista fysioterapiapalveluista. Tarkoituksena oli myös tehdä perusterveydenhuollon fysioterapian toimintakentän laajuus tunnetuksi. Tavoitteena on käyttää selvitystä pohjana arvokeskustelulle, jossa etsitään päättäjien sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistä näkemystä palveluiden tarpeen ja tarjonnan kohtaamisesta.

2 TERVEYDENHUOLLON KUNTOUTUS JANAKKALAN PERUSTURVASSA

Janakkala on 15600 asukkaan teollistunut maalaiskunta, joka kuuluu Kanta-Hämeen Sairaanhoidopiiriin. Kunta on muuttovoittoinen, väestöennuste vuodelle 2010 on 16200 asukasta. Janakkala vastaa itsenäisesti sosiaali- ja terveystoimen palveluista. Kunnan terveyskeskuksella on kaksi terveysasemaa, päätaajamissa Turengissa ja Tervakoskella. Turengin terveysaseman yhteydessä on myös Janakkalan sairaala sekä vanhainkoti. (Janakkalan kunta 2006.)

Janakkalassa toteutettiin vuonna 2002 organisaatiouudistus, jolloin sosiaali- ja terveystoimi yhdistettiin perusturvaksi. Organisaatiomalli rakennettiin siten, että perusturvaan kuuluvat seuraavat tulosalueet: terveyden- ja sairaanhoidon, vanhustyön, kehitysvammahuollon, lasten päivähoidon ja sosiaaliturvan tulosalueet. Terveydenhuolto jakautui tällöin kahteen tulosalueeseen ja kahden johtajan alaisuuteen. Molemmat tulosalueet, vanhustyön ja terveyden- ja sairaanhoidon tulosalue, kehittävät itsenäisesti, yhteistyötä tehden, toimintaansa. Terveydenhuollon kuntoutuksen tulosityksikkö palvelee niitä kumpaakin. (Janakkalan kunta 2006.)

Terveydenhuollon kuntoutuksen tulostyöyksikön henkilöstöön kuuluu vastaava fysioterapeutti, kaksi fysioterapeuttia sekä kaksi kuntahoitajaa. Toinen kuntahoitaja siirtyi yksikköön entisen sosiaalitoimen alaisuudesta organisaatiouudistuksen seurauksena. Toinen fysioterapeuteista työskentelee Tervakosken terveysasemalla ja muu henkilökunta Turengin terveysasemalla. (Janakkalan kunta 2006.)

Fysioterapeuttiresursseja perusterveydenhuollossa on ollut suhteellisen niukasti, ja palveluiden priorisointia on jouduttu jatkuvasti pohtimaan. Terveydenhuollon kuntoutuksen tulostyöyksikkö palvelee kuitenkin kaikenikäisiä kuntalaisia, rajaamatta mitään asiakasryhmää palveluiden ulkopuolelle.

Perusterveydenhuollon asiakkaiden fysioterapiapalveluiden tarpeet ovat hyvin moninaisia, ja tutkimustiedon määrä alalla lisääntyy nopeasti (Viitanen 1997, 28 – 29; Mälkiä, Alaranta, Heinonen, Häkkinen, Kauranen, Kujala, Kuukkanen, Nevala, Satka & Ylinen 2004, 6). Lisäksi väestön odotukset terveydenhuoltoa kohtaan kasvavat (Ryynänen ym. 1997, 12). Kuntaan on vastikään, vuonna 2005, perustettu työfysioterapeutin ja erityisliikunnanohjaajan toimet. Kaikista edellä mainituista muutoksista johtuen työnjako ja priorisointikysymykset ovat nousseet jälleen hyvin ajankohtaisiksi. Priorisointi on kuitenkin terveydenhuollossa osoittautunut vaikeaksi, ja käytännössä työ näyttää jäävän yksittäisten työyhteisöjen ja työntekijöiden tehtäväksi. Fysioterapiapalveluiden priorisoinnista ei löydy kirjallisuutta. Fysioterapiapalveluiden priorisointia on pohdittu ja erilaisia rajauksia asiakasvirtojen hallitsemiseksi on tehty myös Lempäälässä ja Laukaassa, jotka ovat Janakkalan kanssa vertailukelpoisia kuntia (Lemmetti, Stolt 2005).

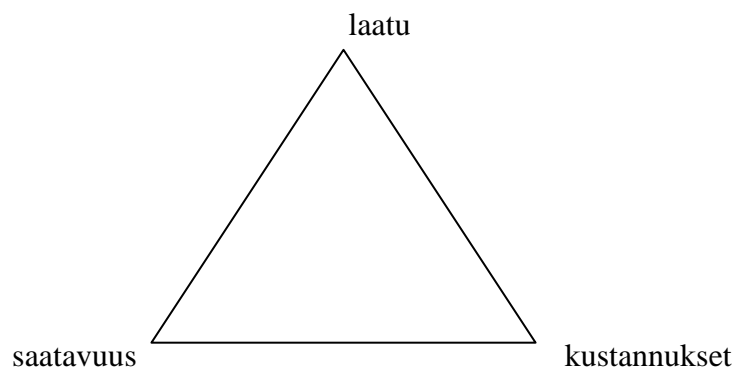
3 PRIORISOINTI

3.1 Priorisoinnin määritelmä

Priorisointi on ensisijaistamista, etusijajärjestykseen asettamista, valintojen tekemistä tärkeiden ja vähemmän tärkeiden asioiden välillä (Ryynänen ym. 1997, 29; Rintala 1998, 23). Sen vastakohta on posteriorisointi eli toissijaistaminen, takasijalle asettaminen (Ryynänen ym. 1997, 29). ”Priorisointi terveydenhuollossa on poliittinen ja eettinen valinta, jonka on pohjauduttava oikeudenmukaisuuteen ja

inhimillisten perustarpeiden kunnioitukseen”, toteavat Ryynänen ja Myllykangas (2000, 236) teoksessaan *Terveydenhuollon etiikka*. Se nähdään yleisimmin taloudellisena kysymyksenä, josta seuraa eettisiä ongelmia. Taloudelliset kysymykset tulevat varmastikin vain korostumaan tulevaisuudessa, sillä yhä kehittyvä lääketiede mahdollistaa aina vain vaikeampien sairauksien hoidon. Myös ikääntyneen väestön määrä kasvaa Suomessa, kuten kaikkialla maailmassa. WHO on todennut, että suuntaus näyttäisi olevan kohti yhä kalliimpia hoitoja aiempaa vähäisemmälle ihmismäärälle. (Ryynänen ym. 1997, 21.)

Terveydenhuollon tavoitteita on esitetty muun muassa kolmiomallin (kuva 1.) avulla, jossa kolmion kulmina ovat hyvä laatu, hallitut kustannukset ja palvelujen sujuva saatavuus. On arvioitu, että nykyjärjestelmämme kykenee takaamaan vain kahden tavoitteen samanaikaisen toteutumisen. Hyvän laadun ja hallittujen kustannusten toteutuminen aiheuttaa ongelmia saatavuudessa, esimerkiksi jonojen kasvuna. Takaamalla taas hyvä laatu ja kasvattamalla kustannuksia rajattomasti voitaisiin arvioida kaikkien hoidon tarpeessa olevien kansalaisten saavan haluamansa palvelut. On kuitenkin erittäin epärealistista odottaa, että yhteiskuntamme kestäisi terveystarpeiden hillittömän kasvun. (Kekomäki 2004, 27.) Käytettävissä olevat voimavarat eivät riitä kaikkien tärkeinä pidettyjen asioiden tekemiseen tai kaikkien tarpeiden täyttämiseen (Rintala 1998, 24). On siis uskallettava todeta, että kansalaisten terveystarpeet olisi voitava asettaa johonkin tärkeysjärjestykseen (Kekomäki 2004, 27). Terveydenhuollossa tarvitaan priorisointia, mutta sitä koskevat päätökset ovat hyvin vaikeita. Julkisuudessa onkin paljon keskusteltu siitä, keiden päätöksiä tulisi tehdä. (Ryynänen ym. 1997, 97.)



Kuva 1. Kolmiomalli terveydenhuollon tavoitteista

3.2 Priorisoinnin tasot

Priorisointipäätöksiä tehdään eri tasoilla: makro-, meso-, mikro- ja potilastasoilla. Makro- eli valtakunnallisen tason priorisoinnilla tarkoitetaan terveyssektorin koon suhteuttamista muihin samoista voimavaroista kilpailevien kohteiden, kuten esimerkiksi koulutuksen tai asuntopolitiikan kanssa. Hallitus, eduskunta tai keskusvirastot antavat ohjeita ja tekevät rahoitusta sekä palveluita koskevia päätöksiä. Terveystieteiden priorisointipäätökset ovat osa yhteiskunnan toimintaa, jota laki ohjaa. Suomen perustuslain 2. luvun 19 §:ssä (1999/731) on säädetty seuraavasti: “Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä”. Merkittävää on, että laissa ei kuitenkaan tarkemmin määritellä sanaa riittävä. Kunnilla on terveyspalveluiden järjestämistä vastaava ja alue- eli mesotason priorisointipäätökset tehdään kunnissa. (Kekomäki 2004, 28 – 30.) Kansanterveyslain 2. luvussa 5 §:ssä (1997/248) kuntia velvoitetaan järjestämään terveyspalvelut. Potilaan asemasta ja oikeuksista säädetyn lain mukaan potilaalla on oikeus terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä (Ranta 2004, 212).

Kunnan päättäjät sekä sairaalan tai terveyskeskuksen johtajat antavat määräyksiä ja ohjeita terveydenhuoltoon suunnattavien voimavarojen käytöstä (Ryynänen & Myllykangas 2000, 239 – 240). Tällä tasolla priorisointipäätöksiä voidaan tarkastella eri näkökulmista. Ammatillis-normatiivinen lähestymistapa on asiantuntijalähtöinen ja näyttöön perustuva. Kansalaismielipiteen näkökulmasta yleisesti rahoitetun palvelujärjestelmän päätösten tulisi vastata kansalaisten ilmaisemaa tahtoa sekä heidän toiveitaan. Näkökulma voi olla myös poliittinen, tosin edustuksellisessa demokratiassa kansalaismielipite heijastuu myös poliittiseen päätöksentekoon. (Kekomäki 2004, 31 – 32.)

Mikrotason priorisoinnilla tarkoitetaan sitä, mitä lääkäri, hoitoryhmä tai terveydenhuollon ammattihenkilö tekee konkreettisissa hoitotilanteissa valitessaan potilaalle sopivia tutkimuksia ja hoitoja (Ryynänen & Myllykangas 2000, 239 – 240). Tällä tasolla tulisi tiedostaa, että hyvä hoito ei voi perustua vain tilastoihin

ja vaikuttavuusanalyysihin. Palveluiden tärkeysjärjestystä mietittäessä on muistettava palvelujärjestelmän perimmäinen tavoite, joka on auttaa terveyspalvelua tarvitsevaa ongelmissaan. Lisäksi priorisointia tapahtuu potilaskohtaisella tasolla, jolloin potilas päättää esimerkiksi hakeutumisesta julkisen tai yksityisen palvelun piiriin tai päättää käyttää hammashoitoon varaamansa rahat lomamatkaan. (Kekomäki 2004, 32.)

3.3 Suomalainen malli

Suomessa priorisointitutkimusta on tehty muun muassa Kuopion yliopistossa, Stakesissa sekä sen puitteissa toimivassa lääketieteen menetelmien arviointiyksikössä FinOHTAssa. Priorisointikeskustelua on johtanut priorisointineuvottelukunta, joka järjesti seminaarin Hanasaassa vuonna 1999. Hanasaaren kokouksessa laadittiin seuraavia peruslinjauksia priorisoinnille: Priorisoinnissa on noudatettava lainmukaisuuden periaatetta. Priorisoinnin vaikutukset ovat aina rajallisia sen vuoksi, että terveystilanteeseen vaikuttavat terveyspoliittisten ja hoidollisten toimenpiteiden lisäksi monet muut seikat, kuten esimerkiksi väestön koulutustaso. Jatkuva tutkimus, laadukas koulutus ja toimiva etiikka ovat priorisoinnin kannalta tärkeitä. Priorisoinnin on oltava julkista ja siten keskustelulle ja kritiikille avointa. Etusija on annettava menetelmille ja toimenpiteille, joiden vaikuttavuus on tutkimuksissa todettu. Sen vuoksi Käypä hoito -suositukset ovat tärkeitä, mutta niitä on sovellettava asiakkaiden yksilöllisiin tilanteisiin.

Priorisointikriteerinä ei saa käyttää ikää, omaa osuutta sairauden syntyyn, hyödyllisyyttä yhteiskunnalle tai hoitoontulojärjestystä, eikä priorisointia pidä perustaa sairauksien keskinäiseen arvojärjestykseen eikä myöskään arvontaan. (Lindqvist 2000.) Mielenkiintoista on, että filosofien mukaan arvonta on ainoa mahdollinen priorisointikeino, sillä he katsovat, että kaikilla kansalaisilla olisi tällöin samanveroinen mahdollisuus päästä hyvästä osalliseksi. Arvonta saa kuitenkin jyrkän tuomion sekä väestöltä että terveydenhuoltoalan ammattilaisilta. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 262 – 263.) Hyvä priorisointi on jatkuva prosessi, ja keskusteluun on tärkeitä saada terveydenhuollon ammattilaisten ja

poliitikkojen lisäksi mukaan myös eri yhteisöjä ja kansalaispiirejä (Lindqvist 2000).

3.4 Terveysthuollon etiikka ja priorisointi

Elämän kunnioittaminen, hyvän tekeminen, vahingoittamisen välttäminen ja oikeudenmukaisuus kuuluvat terveydenhuollon keskeiseen arvopohjaan.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta on julkaisussaan käsitellyt suomalaisen terveydenhuollon yhteistä arvopohjaa, tavoitteita ja periaatteita ohjaamaan keskustelua ja päätöksentekoa. Neuvottelukunta katsoo, että poliittiset päättäjät, yhteiskunnalliset vaikuttajat, kansalaisjärjestöt ja terveydenhuollon kaikki ammattiryhmät ovat avainasemassa tässä keskustelussa. (Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet, 2001.)

Arvojen lisäksi terveydenhuollossa vaikuttaa suuri joukko ihanteita, kuten parhaan mahdollisen hoidon tarjoaminen asiakkaalle ja vaatimus tasa-arvosta. Viime aikoina nämä ihanteet ovat kuitenkin olleet muutostilassa. (Ryynänen & Myllykangas 2000, 63.) Ihanteiden kyllästyneessä kansantaloudessa arvoista on tullut toistensa vihollisia, toteaa Pursiainen. Siksi hänen mukaansa olisikin puhuttava mieluummin priorisoinnista arvojen yhteensovittamisen sijaan. (Pursiainen 1997, 16, 25.)

Priorisointi on eettisesti ongelmallista. Priorisoinnin vastustajat perustavat mielipiteensä useimmiten velvollisuusetiikkaan, jonka mukaan jokaisella on oikeus saada kaikki mahdollinen tutkimus ja hoito. Nykypäivänä velvollisuusetiikka joutuu kuitenkin koetukselle puutteellisten voimavarojen vuoksi. Utilitaristinen etiikka puolestaan korostaa suurimman kokonaishyödyn periaatetta, jolloin yksilön ja yhteisön edun tasapainottaminen saattavat joutua ristiriitaan. (Ryynänen ym. 1997, 50, 94.) Edesmennyt terveydenhuollon etiikan dosentti Martti Lindqvist (2000) näki terveydenhuollon priorisoinnin välttämättömänä inhimillisyyden, kohtuullisuuden ja oikeudenmukaisuuden toteutumiseksi hoidossa. Lindqvist (2000) on arvioinut, että suomalainen priorisointikeskustelu on ollut hyvin realistista ja eettisesti vastuullista.

Käytännössä terveydenhuollon priorisointi tarkoittaa valintojen tekemistä palvelutarpeiden ja taloudellisten mahdollisuuksien ristiriitatilanteessa (Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet, 2001). Pursiainen (1997, 16, 25) näkee nykypäivän hyvänä päättäjänä henkilön, joka kykenee vastustamaan hyviä asioita pitääkseen huolta siitä, että voimavaroja riittää vielä tärkeämmille asioille. Priorisoinnissa tulisi pyrkiä sekä yksilön että yhteisön hyvän tasapainottamiseen ja auttamaan mahdollisimman monia käytettävissä olevin voimavaroin. Priorisoinnin eettisinä valintakriteereinä ovat hoidon vaikuttavuus, oikeudenmukaisuuden ja tasapuolisuuden toteutuminen, sekä ihmisarvon ja potilaiden oikeuksien kunnioitus. (Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet, 2001.) Voimavarojen oikeuden- ja tarkoituksenmukainen jako on kuitenkin osoittautunut vaikeaksi (Ryynänen & Myllykangas 2000, 229).

Suomen terveydenhuoltoa koskevassa lainsäädännössä viitataan palveluiden tarpeeseen niiden järjestämisen kriteerinä. Kunnille on asetettu velvoite huolehtia tarvetta vastaavien palveluiden tarjoamisesta kaikille kuntalaisille. Vaikka kuntalaisilla ei ole subjektiivista oikeutta terveystalouteen, määrittyy heidän oikeutensa terveystalouteen epäsuorasti tarpeen kautta. Kunta syyllistyy lain rikkomiseen, mikäli se toteaa palveluiden tarpeen olemassaolon, mutta ei huolehdi niiden järjestämisestä. Kunnan terveydenhuoltoa koskevan päätöksenteon keskeiseksi asiaksi nousee siis palvelutarpeiden arviointi ja määrittely, mitä ilman terveystaloutta on kestäväntä perusoikeuksien näkökulmasta. (Lehto 2004, 26.)

Ilman keskustelua arvoista ja priorisoinnista saattavat terveydenhuollon valinnat perustua palveluita haluavan kykyyn ajaa omaa asiaansa tai jopa sattumaan. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta katsookin, että terveydenhuollon toimijoilla, päättäjistä välitöntä potilastyötä tekeviin, on edessään tehtävä, jossa on sovittava hyväksyttävällä tavalla yhteen eettiset velvoitteet, lainsäädäntö sekä terveydenhuollon toimintaympäristön ja yhteiskunnan muutokset (Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet, 2001).

4 VAIKUTTAVUUS TERVEYDENHUOLLOSSA JA FYSIOTERAPIASSA

Tieteelliseen näyttöön perustuva hoito on noussut priorisointikeskustelussa yhdeksi keskeiseksi strategiaksi terveystalouden järjestyksessä.

Suomalaisessa terveydenhuollossa onkin 1990-luvulta alkaen vaadittu yhä enemmän vaikuttavuusnäyttöä eri hoitomuotojen tehokkuudesta, sillä sosiaali- ja terveystalouteen käytetään yli puolet kuntien budjeteista. Vaikuttavien hoitomuotojen kehittämiseen tarvitaan näyttöön perustuvan tiedon arviointia. (Mälkiä ym. 2004, 6.)

Terveydenhuollossa vaikuttavuusnäyttö tarkoittaa todistetta menetelmän tai hoitomuodon käyttökelpoisuudesta ja vaikutuksen tehosta. Näyttöön perustuva hoito perustuu satunnaistetuista kontrolloiduista tutkimuksista kerättyihin systemaattisiin katsauksiin ja niiden pohjalta tehtyihin hoitosuosituksiin. (Heinonen 2005, 6; Mälkiä ym. 2004, 6 – 7.) Muun muassa valtakunnalliset Käypä hoito -suositukset perustuvat systemaattisiin katsauksiin. Valtakunnallisten hoitosuosituksien tarkoituksena on parantaa hoidon laatua ja vähentää hoitokäytäntöjen vaihtelua. (Mansikkamäki 2005, 38.)

Myös fysioterapian vaikuttavuudesta edellytetään entistä enemmän tieteellistä näyttöä, ja vaikuttavuustutkimus alalla onkin viime vuosina lisääntynyt (Mälkiä ym. 2004, 6). Yleiskatsauksia fysioterapian vaikuttavuudesta on kuitenkin toistaiseksi tehty vähän. Tästä johtuen vaikuttavuudesta ei ole mielekästä keskustella yleiskäsitteenä, vaan sitä on tarkasteltava tapauskohtaisesti. (Mälkiä ym. 2004, 20.) Fysioterapian vaikuttavuutta saattaa joskus olla jopa mahdotonta mitata. Useissa sairauksissa kuntoutusprosessit ovat pitkiä, ja fysioterapian tuloksellisuutta on vaikea osoittaa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että fysioterapiaa pitäisi suunnata vain niihin toimintoihin, joiden vaikuttavuus on mitattu. Sen sijaan niitä toimintoja, joissa vaikutus on mitattavissa ja se on osoittautunut heikoksi, tulisi vähentää. (Hakulinen 2004, 10.)

Suomen fysioterapeutit käynnisti vuonna 2004 Hyvä fysioterapiakäytäntö -hankkeen nimeämällä työryhmän pohtimaan työkäytäntöjen kehittämistä ja tutkimustiedon hyödyntämistä fysioterapeutin ammatissa. Tavoitteena on laatia

tutkittuun tietoon perustuvia fysioterapiasuosituksia. Näyttöön perustuvat fysioterapian omat suositukset viestittävät muille terveydenhuollon ammattilaisille ja päätöksentekijöille fysioterapeuttien halun tutkia ja kehittää käytössä olevia menetelmiä, sekä pyrkimyksestä vaikuttavaan ja kustannustehokkaaseen toimintaan. Fysioterapian vaikuttavuuden arvioinnin, käsitteistön selkiyttämisen sekä fysioterapian teorian kehittämisen perimmäisenä tarkoituksena on myös varmistaa fysioterapian aseman säilyminen ja fysioterapian asiantuntemuksen hyödyntäminen. (Mansikkamäki 2005, 37.)

Minna Aittasalo teki vuonna 1999 Suomen Fysioterapeuttiliiton toimeksiannosta selvityksen fysioterapian vaikuttavuudesta tärkeimmissä kansantaudeissa. Selvitys perustui edellisen kolmen vuoden aikana julkaistuihin tutkimusartikkeleihin. Se koski niska- ja selkävaivoja, nivelrikkoa, sydän- ja verisuonitauteja, reumatauteja sekä hengityselinsairauksia. Liikuntaharjoittelu osoittautui useimmissa arvioituissa sairauksissa parhaaksi keinoksi positiivisten muutosten aikaansaamiseksi. Myönteiset vaikutukset ilmenivät muun muassa elämänlaadun ja toimintakyvyn parantumisena, fyysisen suorituskyvyn ja liikkuvuuden lisääntymisenä sekä kivun lievittymisenä. Nivelrikko- ja reumapotilaat hyötyivät lisäksi erityisesti ohjauksesta ja neuvonnasta. (Aittasalo 1999, 68.) Ohjatun liikuntaharjoittelun on tutkimuksissa todettu lievittävän masennus- ja ahdistuneisuushäiriöitä (Nupponen 2005, 150). Fysioterapian vaikuttavuudesta on näyttöä myöhempien kansainvälisten arviointien mukaan myös iäkkäiden ihmisten kaatumisriskin vähentämisessä, sekä aivohalvausasiakkaiden toimintakyvyn parantamisessa. Lisäksi fyysisellä aktiivisuudella on myönteisiä vaikutuksia sokeritasapainoon ja verenpaineeseen. (Mälkiä ym. 2004, 18 – 19.)

Liikunta on todettu merkitykselliseksi monien eri sairauksien, oireyhtymien ja oireiden ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa, sekä lisäksi toimintakyvyn säilyttämisessä ja parantamisessa. Tietoa on saatu myös liikunnan vaikutuksista muun muassa aineenvaihduntasairauksissa, syöpien ehkäisyssä ja esimerkiksi virtsanpidätysvaikeuksien hoidossa. (Vuori 2005, 11 – 12.) Liikunnan on lisäksi todettu auttavan lapsia ja nuoria positiivisen minäkäsityksen rakentamisessa sekä painonhallinnassa ja vahvistavan kehittyvää luustoa. Lapsen ja nuoren fyysisellä aktiivisuudella on havaittu olevan terveystaivaikutuksia joihinkin

pitkäaikaissairauksien riskitekijöihin. Lapsuudessa luodaan myös pohja aikuisiän liikuntavalmiuksille. (Fogelholm 2005, 159, 165 – 167.)

5 FYSIOTERAPIAPALVELUIDEN TARVE

Perusterveydenhuollon fysioterapiassa asiakaskunta koostuu kaikenikäisistä kuntalaisista, aina äitiys- ja lastenneuvolatyöstä vanhustenhuoltoon (Viitanen 1997, 28). Terveyskeskuksen asiakkailta saattaa olla useita eri sairauksia ja usein myös hoidon ja hoivan tarpeita, jotka eivät varsinaisesti liity terveyteen. Toimintakentän laajuuden vuoksi myös fysioterapian tarpeen arviointi on erityisen vaikeaa. (Elonheimo 2004, 110.)

Röberg (2006) selvitti fysioterapiapalveluiden tarvetta ja käyttöä Terveys 2000 - tutkimusaineiston pohjalta. Otoksessa oli edustettuna 30 vuotta täyttänyt manner-suomalainen väestö. Tässä tutkimuksessa fysioterapian koettu tarve oli lähes kaksinkertainen käyttöön verrattuna. Tutkimukseen osallistuneista 12 % oli käyttänyt fysioterapiapalveluita ja 22 % koki tarvitsevänsä niitä.

Terveyspalveluiden tarvetta voidaan tarkastella useasta eri näkökulmasta. Palveluiden suunnittelun tarvenäkökulmassa on yhdistetty erilaisia palveluiden tarpeen näkökulmia. Siinä korostuvat väestötason ja asiantuntijalähtöinen näkökulma. Väestötason tarvenäkökulma yhdistää väestön terveydentilatietoa ja tietoa palveluiden käytöstä väestön toive- ja odotustietoihin. Tässä näkökulmassa on otettava huomioon perusterveydenhuollon niukat voimavarat ja niiden oikeudenmukainen kohdentaminen. Asiantuntijalähtöinen näkökulma taas soveltaa sairauslähtöistä tarpeen määrittelyä. Palvelun tuottaja arvioi millaisia palveluita on aiheellista käyttää tietyn sairauden tai hyvinvointiongelman hoidossa. Terveyspalveluiden tarve, kysyntä ja tarjonta on tärkeää nähdä palvelujen suunnittelussa erillisinä ilmiöinä, mutta niitä tulisi tarkastella kokonaisuutena, jossa nämä ilmiöt vaikuttavat toinen toisiinsa. (Mäntyranta, Elonheimo & Brommels 2004, 45 – 51.)

Tarvetta voidaan tarkastella myös voimavaralähtöisesti. Tässä näkökulmassa tarve määritellään terveysongelmaksi, johon voidaan vastata sellaisin terveydenhuollon

menetelmin, joihin yhteiskunnalla on varaa. (Mäntyranta, Elonheimo & Brommels 2004, 46 – 49). Ryyränen ja Myllykangas (2000, 234) määrittelevät hoidon tarpeen seuraavasti: ”Hoidolle on tarve, jos potilaalla on kohtuullinen mahdollisuus hyötyä kohtuullisesti hoidosta”.

Kysyntä tarkoittaa sitä, mitä asiakkaat ilmaisevat haluavansa (Mäntyranta ym. 2004, 48). Asiakkaiden kasvanut tietoisuus fysioterapiapalveluista lisää niiden kysyntää. Valveutuneet ja varakkaat kansalaiset odottavat saavansa yhä parempia palveluja, ja kynnyks hakeutua hoitoon madaltuu. Yhä pienemmät vaivat tulkitaan hoitoa vaativiksi. (Viitanen 1997, 34; Hakulinen 2004, 16.)

Fysioterapiapalveluiden kysyntää on Janakkalassa tarkasteltu muun muassa väestölle kohdennetulla kyselytutkimuksella vuonna 1991 sekä vuosina 2002 – 2004 Ikikunto kylille -projektissa, joka kohdennettiin haja-asutusalueilla asuville ikääntyneille. Projektin kohderyhmään kuuluvista henkilöistä 22 % arvioi tarvitsevansa fysioterapeutin arviota ja ohjausta liikuntakykynsä ylläpitämiseksi. (Ikikunto kylille 2004.) Tarjonta tarkoittaa käytössä olevia menetelmiä ja voimavaroja, joiden puitteet määräytyvät ammattilaisten, virkamiesten ja poliittisten päättäjien arvojen sekä asenteiden pohjalta (Mäntyranta ym. 2004, 48).

6 SAIRASTAVUUS

Väestön terveydentila vaihtelee alueittain, ja paikallisia tietoja tarvittaisiin palvelujen suunnittelun tueksi (Luoto 2004, 86). Alueellista terveystietoa ei Janakkalassa ole toistaiseksi tehty ja tietoja esimerkiksi sairastavuudesta on kerättävä useista eri tietolähteistä. Fysioterapian osalta Janakkalassa ei ole käytössä tarkkoja käyntisyytietoja. Kattavien aluetietojen puutteellisuuden vuoksi työssä tarkastellaan sairastavuutta myös valtakunnallisten tietojen pohjalta.

6.1 Lapset ja nuoret

Alle kouluikäisten lasten fyysinen aktiivisuus on vähentynyt viimeisten kahden vuosikymmenen aikana. Syynä tähän on perinteisten, paljon liikkumista sisältävien pihaleikkien väheneminen, toimintojen siirtyminen sisätiloihin ja järjestetyn urheilun piiriin. Luonnolliset leikki- ja liikuntapaikat ovat korvautuneet

keinotekoisilla välineillä ja ympäristöillä. (Karvonen, Siren-Tiusanen & Vuorinen 2003, 13.) Noin joka viidennen suomalaisen nuoren on arvioitu olevan fyysisesti täysin passiivinen. Lisäksi lasten keskinäiset kuntoerot näyttävät suurenevan. Kestävyyskunnossa ja osin lihaskunnossakin on havaittu heikkenemistä 10 – 20 viime vuoden aikana. Murrosiässä fyysisen aktiivisuuden kokonaismäärä vähenee entisestään. (Fogelholm 2005, 159 – 160.)

Kouluterveyskyselyn Janakkalan kuntaraportin mukaan janakkalalaisista nuorista 13 % harrasti liikuntaa vähemmän kuin kerran viikossa. Liikuntaa harrastettiin vähemmän kuin keskimäärin Kanta-Hämeessä. Samassa kyselyssä tuli esiin, että janakkalalaisten nuorten niska-hartiaseudun oireet ja masentuneisuus olivat yleisempiä kuin maakunnassa keskimäärin (Ojajärvi, Sinkkonen, Jokela, Luopa & Räsänen 2004, 12, 14).

Lasten ja nuorten fyysisen aktiivisuuden vähenemisen lisäksi julkisessa keskustelussa on viime aikoina kiinnitetty enenevässä määrin huomiota motoristen valmiuksien merkitykseen oppimisessa. Tutkimusten mukaan eriaisteiset kehityksen häiriöt tai oppimisvaikeudet koskettavat noin 10 - 12 % ikäluokasta. Kehityksellistä koordinaatiohäiriötä, eli motorista kömpelyyttä, esiintyy noin 6 %:lla lapsista, joista valtaosa on poikia. Selvästi lapsen toimintaa rajoittavaa kömpelyyttä esiintyy noin 2 %:lla lapsista. Motoriseen kömpelyyteen liittyy usein laaja-alaisia oppimisen häiriöitä. (Huovinen, Hämäläinen & Karjalainen 2003; Ahonen, Viholainen, Cantell & Rintala 2005, 12 – 13.) Tukea tarvitsevien lasten määrä on kasvanut Janakkalassa viime vuosina. Erityistä tukea kasvunsa ja kehityksensä edistämiseksi tarvitsevia lapsia oli vuonna 2005 Janakkalassa noin 60 ja lisäksi noin 60 lapsella varhaiskuntoutukselliset tukitoimet olivat alullaan, esimerkiksi tutkimukset olivat suunnitteilla tai meneillään. (Putkonen 2005.)

6.2 Työikäinen väestö

Suomalaisista työikäisistä 44 %:lla on todettu jokin pitkäaikaissairaus (Aromaa & Koskinen 2002). Sydän- ja verisuonisairaudet ovat edelleen merkittävä kansanterveydellinen ongelma maassamme. Kohonnut verenpaine on useiden

verenkiertoelinsairauksien, kuten muun muassa sepelvaltimotaudin ja aivoverenkierron häiriöiden merkittävin vaaratekijä. Sen hoito sitoo myös runsaasti terveydenhuollon voimavaroja. (Reunanen 2005, 159, 161.) Terveys 2000 -tutkimuksen perustulosten mukaan 30 – 64-vuotiaista miehistä 27,7 % ja naisista 24,3 % sairasti verenpainetautia (Aromaa & Koskinen 2002). Suurella osalla suomalaisia on myös suurentunut riski sairastua diabetekseen. Tyypin 2 diabetes on yleistynyt maassamme huomattavasti viime vuosina. Vuonna 2001 Suomessa oli noin 165 000 tyypin 2 diabetesta sairastavaa henkilöä. Noin 220 000 henkilön on ennustettu sairastavan tätä tautia vuonna 2010 ja tämän uskotaan koettelevan terveydenhuollon voimavaroja. (Reunanen 2005, 222 – 225.)

Sepelvaltimotaudin ja tyypin 2 diabeteksen riskitekijöitä kohonneen verenpaineen ohella ovat vyötärölihavuus, veren rasva-aineiden ja sokeriaineenvaihdunnan häiriöt. Tätä vaaratekijäkertymää kutsutaan metaboliseksi oireyhtymäksi. Jopa viidenneksellä suomalaisesta keski-ikäisestä väestöstä voidaan todeta tämä oireyhtymä. Fyysisen aktiivisuuden vähäisyys on muiden elintapatekijöiden, kuten ruokailutottumusten lisäksi metabolisen oireyhtymän kehittymisen taustalla. (Kukkonen-Harjula 2005, 93 – 94.)

Liikunnan vähyydellä ja lihavuudella oletetaan olevan yhteyttä myös syöpien syntyyn. Paksusuolen syöpä onkin selkeästi yleistymässä väestössä elintason nousu myötä. Eturauhassyöpä on miesten yleisin syöpämuoto, naisilla taas rintasyöpä on yleisin. Useampi kuin joka neljäs suomalainen sairastuu jossakin elämänsä vaiheessa syöpään. (Teppo 2005, 190 – 194.)

Noin miljoonalla suomalaisella on jokin pitkäaikainen tuki- ja liikuntaelinsairaus. Nämä sairaudet ovat merkittävä työkyvyttömyyttä ja eläköitymistä aiheuttava sairausryhmä. Pitkäaikaisesta alaselkäoireyhtymästä kärsii 17 % yli 30-vuotiaista aikuisista. Niska-hartiaseudun kivuista puolestaan arvioidaan kärsivän noin 10 %. Ne, kuten olkanivelen seudun kivutkin, aiheuttavat runsaasti lyhytaikaisia poissaoloja töistä ja särkylääkkeiden sekä fysioterapiapalveluiden runsasta käyttöä. Olkanivelen seudun oireyhtymää esiintyy noin 6 %:lla väestöstä. (Heliövaara & Riihimäki 2005, 164 – 170.)

Nivelreuman esiintyvyys suomalaisessa väestössä on noin 0,8 % ja se on kolme kertaa yleisempi naisilla kuin miehillä. Vaikkakin se on verraten harvinainen sairaus, sen merkitys palvelutarpeen kannalta on huomattava. Se on nivelrikon ohella eniten vaikeata toimintakyvttömyyttä aiheuttava tuki- ja liikuntaelinsairaus. Nivelrikon aiheuttamat haitat ovat yleisimpiä iäkkäillä, mutta ovat myös merkittävä työkyvttömyyseläkkeiden syy. Oireita aiheuttava nivelrikko on tavallisinta alaraajojen suurissa nivelissä, polvissa ja lonkissa. Joka kymmenennellä 30 vuotta täyttäneellä suomalaisella on arvioitu olevan polven nivelrikko. Tärkeimmät riskitekijät ovat ylipainoisuus, tapaturmat ja liikakuormitus. (Leirisalo-Repo 2003, 244 – 245.) Lonkan nivelrikkoa esiintyy puolestaan noin 5 %:lla yli 30-vuotiaista aikuisista (Heliövaara & Riihimäki 2005, 164, 166 – 170). Janakkalalaisista työikäisistä oli tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuoksi eläkkeellä 1,9 % vuonna 2004 (Stakes Indikaattoripankki SOTKANet). Suomessa, kuten muissakin länsimaissa, mielenterveyden häiriöiden lasketaan aiheuttavan yli viidesosan kaikista terveyteen liittyvistä haitoista. Masentuneisuus on yleisyytensä vuoksi merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Vakavista masennustiloista arvioidaan kärsivän 9 % väestöstä. (Lönngqvist 2005, 178 – 179.)

6.3 Ikääntyneet

Muistihäiriöihin liittyvät mielenterveysongelmat ovat merkittävästi lisääntymässä väestön ikääntymisen myötä (Lönngqvist 2005, 178 – 179). Dementoivista sairauksista kärsii noin 5 – 9 % yli 65-vuotiaista suomalaista. Dementoivien sairauksien taustalla vaikuttavat monet jo aiemmin mainitut, varhaisessa keski-ikässä ilmaantuvat sairaudet, kuten esimerkiksi verenpainetauti, valtimosairaudet ja diabetes. (Viramo & Sulkava 2002, 22, 31.)

Intellektuaalisten toimintojen heikkenemisen lisäksi ikääntyneen raihnaistumisen taustalla on usein liikkumattomuus. Se heikentää nopeasti vanhuksen toimintakykyä ja aiheuttaa lukuisia metabolisia muutoksia sekä hoitoa vaativia lisäoireita. (Tilvis 2003, 39 – 41.) Liikkumattomuus heikentää nopeasti muun muassa ikääntyneen lihasvoimaa. Heikon lihasvoiman on todettu ennustavan jopa vanhuksen laitoshoitoon joutumista ja kuolleisuutta. Vähäisen liikunnan seurauksena lihasvoima saattaa heikentyä siinä määrin, että päivittäisistä

rutiineista suoriutuminenkin vaikeutuu. (Sipilä & Rantanen 2003, 104 – 106; Penninx, Ferrucci, Leveille, Rantanen, Pahor & Guralnik 2000, M691, M693 – M694.) Heikon lihasvoiman on useiden muiden tekijöiden lisäksi katsottu olevan syynä myös ikääntyneiden kaatumistapaturmiin. Kotona asuvista yli 65-vuotiaista noin kolmannes kaatuu vuosittain. Naiset kaatuvat useammin kuin miehet. Ikääntyneen kaatumisen seurauksena on usein murtuma. Näistä lonkkamurtumia on lähes puolet. (Hartikainen & Jäntti 2003, 282 – 284.)

Maassamme on arvioitu tapahtuvan noin 8000 lonkkamurtumaa vuodessa. Tämä on kasvava kansanterveydellinen ongelma myös sikäli, kun tiedetään yhden lonkkamurtuman välittömien hoitokustannusten olevan noin 10 000 euroa. (Hartikainen & Jäntti 2003, 282 – 284.) Myös Janakkalassa lonkkamurtumien määrä on kasvanut tilastojen mukaan. Vuonna 2003 lonkkamurtuman sai 1 % yli 65-vuotiaista janakkalalaisista. (Stakes Indikaattoripankki SOTKANet.) Väestön ikääntyessä osteoporoosi on noussut myös merkittäväksi kansansairaudeksi. Suomessa arvioidaan olevan satoja tuhansia eriasteisesti osteoporoottisia henkilöitä. Tämän sairauden tiedetään lisäävän selkeästi murtumariskiä. (Impivaara & Åstrand 2005, 173 – 174.)

Aivohalvaus on vanhusten eriasteisten tapaturmien lisäksi merkittävä toimintakykyisyyttä vähentävä sairaus, jonka tehokas kuntoutus sitoo myös runsaasti terveydenhuollon voimavaroja. Tärkein aivoverenkierron häiriöille altistava tekijä on kohonnut verenpaine. Aivohalvaukseen sairastuu vuosittain noin 18 000 suomalaista. (Reunanen 2005, 158 – 159.)

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää asiantuntijalähtöisestä näkökulmasta niitä näkemyksiä, jotka vaikuttavat fysioterapiapalveluiden tarjontaan Janakkalan terveyskeskuksessa. Opinnäytetyössä selvitettiin poliittisten päättäjien, lääkäreiden sekä esimiesten käsityksiä fysioterapiapalveluiden priorisoinnista. Fysioterapiapalveluiden kysyntää ei työssä tarkastella. Apuvälinepalvelut rajattiin opinnäytetyöstä pois, sillä Kanta-Hämeen keskussairaalaapiirissä on käynnissä seudullinen apuvälinehanke, jossa pohditaan palveluiden tuottamistapaa.

1. Millaisia fysioterapiapalveluita Janakkalassa pidetään tärkeinä?

1.1 Millaisia fysioterapiapalveluita poliittiset päättäjät pitävät tärkeinä?

1.2 Millaisia fysioterapiapalveluita lääkärit pitävät tärkeinä?

1.3 Millaisia fysioterapiapalveluita terveyden- ja sairaanhoidon sekä vanhustyön tulosalueiden esimiehet pitävät tärkeinä?

2. Millaisia yhteistyömuotoja avainhenkilöiden mielestä tulisi kehittää fysioterapiapalveluihin liittyen?

Työn tavoite oli myös tehdä perusterveydenhuollon fysioterapian toimintakentän laajuus tutuksi niille avainhenkilöille, joiden päätöksillä on vaikutusta palveluiden tarjontaan ja käyttöön. Erityisesti lääkäreiden ja esimiesten tietämys fysioterapiapalveluista on tärkeää, jotta oikeudenmukaisuus palveluiden jakamisessa toteutuisi parhaalla mahdollisella tavalla. Työn tuloksia on tarkoitus hyödyntää Janakkalan terveyskeskuksen terveydenhuollon kuntoutuksen tulosyksikön työn kehittämisessä.

8 TUTKIMUSMENETELMÄT

8.1 Koehenkilöiden valinta

Kysely osoitettiin kaikille Janakkalan kunnan perusturvalautakunnan jäsenille, kaikille Janakkalan terveyskeskuksen lääkäreille ja terveyden- ja sairaanhoidon sekä vanhustyön tulosalueiden esimiehille. Koehenkilöiksi valittiin perusturvalautakunnan jäsenet, sillä he tekevät strategiatason valintoja ja vaikuttavat edustuksellisen demokratian keinoin muun muassa palveluiden tärkeysjärjestykseen (Rintala 1998, 24; Kekomäki 2004, 28). Lääkäreiden valinta koehenkilöiksi oli perusteltua, sillä heidän tekemiensä hoitopäätösten on arvioitu sitovan noin 70 % terveydenhuollon menoista (Kekomäki 2004, 28).

Potilaskohtaisesta priorisoinnista on perinteisesti päättänyt lääkäri, mutta muuttuneessa taloudellisessa tilanteessa lääkärin on yhä enemmän otettava huomioon kulloisenkin yksittäisen henkilön tarpeiden lisäksi myös toisten avuntarvitsijoiden tarpeet (Rintala 1998, 25; Kekomäki 2004, 28). Esimiehet

vaikuttavat terveydenhuollon hallinnolliseen priorisointiin tekemällä strategiavalintoja ja yksittäistä potilasta laajempia päätöksiä (Rintala 1998, 25).

Kyselylomake toimitettiin 33 henkilölle: 8 perusturvalautakunnan jäsenelle, 11 lääkärille ja 14 esimiehelle. Kyselylomakkeita palautui 25 kpl. Vastausprosentti 75,6. Kaikki esimiehet palauttivat kyselylomakkeen, 14 kpl. Lääkäreistä hieman yli puolet, 6 lääkäriä, vastasi kyselyyn, vastausprosentti 54,5.

Perusturvalautakunnalta palautui 5 kyselylomaketta, vastausprosentti 55,5.

8.2 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä tutkimuksena, jossa käytettiin kyselylomaketta. Kyselylomakkeessa oli myös yksi avoin kysymys, jonka tulokset käsiteltiin laadullisen sisällönanalyysin keinoin.

Kyselylomakkeessa (liite 4) oli 20 mielipiteitä ja asenteita mittaavaa kysymystä, yksi posteriorisointia koskeva kysymys sekä yksi avoin kysymys. Mielipiteitä mittaavissa kysymyksissä käytettiin viisiportaista Osgoodin asteikkoa, jossa vastinsanapareina olivat adjektiivit, 1= ei lainkaan tärkeä – 5= erittäin tärkeä.

Kysymykset 2 – 15 koskivat sairauksia ja oireita, joihin fysioterapeuttisella ohjauksella, neuvonnalla ja terapeuttisella harjoittelulla voidaan vaikuttaa. Kysymyksissä 16 – 21 selvitettiin mielipiteitä niistä asiakasryhmistä, joiden voidaan arvioida hyötyvän fysioterapeuttisesta ohjauksesta, neuvonnasta ja terapeuttisesta harjoittelusta. Niillä pyrittiin selvittämään koehenkilöiden suhtautumista terveyden edistämiseen.

Fysioterapiapalveluiden posteriorisointia selvitettiin kysymyksellä 22: Mikäli fysioterapiapalveluiden tarve kasvaa ja resurssit pysyvät ennallaan, mihin kolmeen asiakasryhmään, sairauteen/oireeseen liittyvästä palvelusta tulisi mielestänne luopua? Vastaajia pyydettiin kirjaamaan kyselylomakkeessa oleva fysioterapiapalvelun numero.

Kysymys 23 oli avoin kysymys: Millaisia yhteistyön muotoja Janakkalan kunnassa tulisi mielestänne kehittää fysioterapiapalveluihin liittyen?

Kyselylomake koekäytettiin kuudella henkilöllä, joista kaksi oli toisen organisaation esimiesasemassa olevia henkilöitä, kaksi muuta terveydenhuollon ammattilaista sekä kaksi kuntalaista. Koekäytön jälkeen kysymysten sanamuotoa muutettiin terveydenhuollon sanaston osalta ymmärrettävämmäksi. Kyselylomake lähetettiin esimiehille ja lääkäreille sisäisenä postituksena ja perusturvalautakunnan jäsenille perusturvajohtajan kautta. Saatekirje (liite 2) ja vastauskuori liitettiin kyselylomakkeen mukaan. Vastaajille annettiin kolme viikkoa aikaa palauttaa kysely. Lääkäreille lähetettiin vuorokausi ennen pyydettyä viimeistä palautuspäivää sähköpostitse viesti, jossa toivottiin lomakkeita palautettavaksi. Tämän vuoksi määräaikaa jatkettiin vielä viikolla.

8.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Tuloksia käsiteltiin sekä ryhmittäin (perusturvalautakunnan jäsenet, lääkärit, esimiehet) että kokonaisuutena. Aluksi tuloksia käsiteltiin vastaajaryhmittäin siten, että kunkin kysymyksen (2 – 21) vastauksista laskettiin keskiarvo. Näin saatiin selville, minkälaisia fysioterapiapalveluita kukin vastaajaryhmä piti tärkeänä (taulukko 1 pystysarakkeet vastaajaryhmittäin). Näistä saaduista keskiarvoista laskettiin vielä keskiarvo, joka osoitti, kuinka tärkeänä kukin vastaajaryhmä keskimäärin fysioterapiapalveluita piti (taulukko 1, alin vaakarivi). Kysymysten 2 – 21 kaikista vastauksista laskettiin keskiarvo, joka kertoi siitä, minkälaisia fysioterapiapalveluita Janakkalassa pidetään tärkeänä (taulukko 1, oikea pystysarake).

Kysymyksestä 22 kerättiin kunkin palvelua koskevan kysymyksen esiintyvyyttä. Näistä luvuista laskettiin kaikkine vastaajien osalta sekä erikseen myös esimiesryhmältä prosentuaalinen osuus. Kahden muun vastaajaryhmän osalta prosentuaalisia osuuksia ei laskettu pienen otoksen vuoksi.

Avoimen kysymyksen 23, jossa vastaajia pyydettiin kertomaan millaisia yhteistyön muotoja Janakkalan kunnassa tulisi kehittää fysioterapiapalveluihin liittyen, vastaukset käsiteltiin laadullisella sisällön analyysillä ja ryhmiteltiin kolmeen ryhmään.

Ryhmä 1: vastaukset, joissa oli maininta yhteistyöstä kunnan muiden tulosalueiden kanssa.

Ryhmä 2: vastaukset, joissa oli maininta yhteistyöstä muiden terveydenhuollon ammattiryhmien kanssa.

Ryhmä 3: vastaukset, joissa oli maininta yhteistyöstä järjestöjen kanssa.

9 TULOKSET

9.1 Priorisointi

Perusturvalautakunnan jäsenten vastauksissa tärkeimmäksi koettu fysioterapiapalvelu oli lasten ja nuorten tuki- ja liikuntaelinoireisiin liittyvä kuntoutus (keskiarvo 5,00), jolle kaikki vastaajat antoivat arvon 5, erittäin tärkeä. Seuraavaksi tärkeimpänä he näkivät fysioterapiapalvelut motorisesti kömpelöille lapsille ja nuorille (ka. 4,80), jossa 80 % vastaajista antoi arvon 5, erittäin tärkeä. Lisäksi tärkeänä koettiin aikuisväestön tuki- ja liikuntaelinsairauksiin, kuten reumatauteihin ja nivelrikkoon liittyvä kuntoutus (ka. 4,60). Vähiten tärkeinä pidettiin fysioterapiapalveluita fyysisesti passiivisille lapsille ja nuorille (ka. 3,20), lievästi tai kohtalaisesti ylipainoisille aikuisikäisille (ka. 3,20), fyysisesti passiivisille aikuisikäisille (ka. 3,40), sekä aikuisikäisille, joilla on osteoporoosi (ka. 3,40).

Lääkärit pitivät tärkeimpinä fysioterapiapalveluita aikuisväestön toispuolihalvausten (keskiarvo 4,83), ja endoproteesileikkausten, kuten polvi- ja lonkkaproteesileikkausten (keskiarvo 4,83) jälkitiloissa. Näille ryhmille kohdistetuille palveluille lääkäreistä 83 % antoi arvon 5, erittäin tärkeä. Seuraavaksi tärkeimpänä lääkärit kokivat lasten ja nuorten sekä aikuisten tuki- ja liikuntaelinsairauksiin (keskiarvo 4,67) liittyvät fysioterapiapalvelut. Vähiten tärkeinä lääkärit pitivät fysioterapiapalveluita sydänsairauksien kuntoutuksessa (keskiarvo 3,67), fyysisesti passiivisille lapsille ja nuorille (keskiarvo 3,67), fyysisesti passiivisille (keskiarvo 3,83) ja lievästi tai kohtalaisesti ylipainoisille aikuisikäisille (keskiarvo 3,83).

Terveyden- ja sairaanhoidon sekä vanhustyön tulosalueen esimiehet pitivät tärkeimpinä fysioterapiapalveluita aikuisväestön toispuolihalvausten (keskiarvo 4,93) jälkeisessä kuntoutuksessa, jossa 93 % vastaajista antoi arvon 5, erittäin tärkeä. He näkivät tärkeänä myös lonkkamurtumien (keskiarvo 4,86) jälkeisen kuntoutuksen, jossa 86 % vastaajista antoi arvon 5, erittäin tärkeä. Aikuisväestön endoproteesileikkausten, kuten polvi- ja lonkkaproteesileikkausten (keskiarvo 4,79) jälkeinen kuntoutus koettiin myös tärkeäksi. Vähiten tärkeiksi esimiehet kokivat fysioterapiapalvelut fyysisesti passiivisille (keskiarvo 3,29) ja lievästi tai kohtalaisesti ylipainoisille aikuisikäisille (keskiarvo 3,36) sekä fyysisesti passiivisille lapsille ja nuorille (keskiarvo 3,43). Myös aikuisväestön tyypin 2 diabeteksen (keskiarvo 3,43) hoidossa fysioterapiapalvelut nähtiin vähemmän tärkeiksi.

Taulukko 1. Fysioterapiapalveluiden koettu tärkeys vastaajaryhmittäin. Kolme tärkeimmäksi koettua palvelua lihavoituna.

	Lautakunta	Lääkärit	Esimiehet	ka
	(n=5)	(n=6)	(n=14)	(n=25)
Lapset,nuoret				
Tuki-ja liikuntaelinoireet	5,00	4,67	4,50	4,64
Motorinen kömpelyys	4,80	4,50	4,21	4,40
Fyysinen passiivisuus	3,20	3,67	3,43	3,44
Aikuiset, ikääntyneet				
Alaselkäoireet	4,00	4,33	4,07	4,12
Niska-hartiaseudun ja olkanivelten oireet	4,00	4,33	4,00	4,08
Tuki-ja liikuntaelinsairaudet	4,60	4,67	4,14	4,36
Hengityselinsairaudet	3,80	4,00	3,86	3,88
Metabolinen oireyhtymä	4,00	4,17	3,79	3,92
Tyypin II diabetes	4,40	4,17	3,43	3,80
Sydänsairaudet	4,00	3,67	4,21	4,04
Lantionpohjan toimintahäiriöt	3,60	4,00	4,07	3,96
Endoproteesileikkaukset	4,00	4,83	4,79	4,64
Muut leikkaukset, tähystykset	3,80	4,17	4,14	4,08
Lonkkamurtumat	4,20	4,50	4,86	4,64
Toispuolihalvaukset	4,20	4,83	4,93	4,76
Neurologiset sairaudet	3,80	4,00	4,21	4,08
Fyysinen passiivisuus	3,40	3,83	3,29	3,44
Lievä tai kohtalainen ylipaino	3,20	3,83	3,36	3,44
Osteoporoosi	3,40	4,17	3,93	3,88
Raihaistuminen	3,80	4,00	4,36	4,16

Ka	3,96	4,22	4,08
----	------	------	------

9.2 Posteriorisointi

56 % vastaajista posteriorisoi lievästi tai kohtalaisesti ylipainoisten aikuisikäisten fysioterapiapalvelut. Yli puolet eli 52 % vastaajista posteriorisoi fyysisesti passiivisten aikuisikäisten fysioterapiapalvelut ja 40 % vastaajista posteriorisoi fyysisesti passiivisten lasten fysioterapiapalvelut.

Kaikki perusturvalautakunnan jäsenet (n= 5) vastasivat posteriorisointia koskevaan kysymykseen. Vastauksissa oli runsaasti hajontaa. Lievästi tai kohtalaisesti ylipainoisten aikuisikäisten fysioterapiapalveluista olisi ollut valmis luopumaan kolme vastaajaa. Kahdessa vastauksessa pidettiin mahdollisena luopua aikuisväestön metabolisen oireyhtymän hoitoon liittyvistä, sekä fyysisesti passiivisten aikuisikäisten fysioterapiapalveluista.

Kaikki lääkärit (n=6) vastasivat posteriorisointia koskevaan kysymykseen. Lievästi tai kohtalaisesti ylipainoisille aikuisikäisille tarkoitetuista fysioterapiapalveluista olisi ollut valmis luopumaan neljä vastaajaa. Kolme vastaajaa olisi luopunut aikuisväestön hengityselinsairauksiin, kuten astmaan ja keuhkohtaumatautiin liittyvistä fysioterapiapalveluista. Kolme vastaajaa näki mahdolliseksi luopua fyysisesti passiivisille aikuisikäisille suunnatuista palveluista.

Kaksi esimiestä jätti vastaamatta posteriorisointia koskevaan kysymykseen. Myös esimiesten vastauksissa oli jonkin verran hajontaa. 22,9 % vastanneista oli valmis luopumaan tarpeen tullen fyysisesti passiivisille aikuisikäisille suunnatuista fysioterapiapalveluista. 20 % puolestaan oli valmis luopumaan lievästi tai kohtalaisesti ylipainoisille aikuisikäisille suunnatuista palveluista. Myös 20 % vastanneista näki mahdollisena luopua fyysisesti passiivisille lapsille ja nuorille suunnatuista palveluista.

9.3 Yhteistyö

Kysymykseen 23 vastasi yhteensä 13 henkilöä 25:stä, vastausprosentti 52. Viisi vastaajaa piti tärkeänä terveydenhuollon kuntoutuksen yhteistyötä koulujen ja liikuntatoimen kanssa. Esimerkiksi yhteistyö koulujen kanssa ennaltaehkäisevässä mielessä nähtiin tärkeäksi. Seitsemän vastaajaa näki tarpeellisena moniammatillisen yhteistyön ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten kouluttamisen. Muun muassa fysioterapeuttien osallistumista moniammatillisiin työryhmiin kaikissa yksiköissä toivottiin. Kolme vastaajaa ehdotti yhteistyötä järjestöjen ja paikallisten urheiluseurojen kanssa. Järjestöistä mainittiin muun muassa Suomen Latu.

9.4. Tulosten yhteenveto

Perusturvalautakunnan jäsenten ja ammattihenkilöiden mielipiteet erosivat tärkeinä pidettyjen fysioterapiapalveluiden osalta. Esimiesten ja lääkäreiden vastauksissa korostuivat ikääntyneille suunnatut korjaavat fysioterapiapalvelut. Perusturvalautakunnan jäsenet taas arvottivat tärkeämmiksi palvelut lapsille, joilla on jo ongelmia. Kaikki vastaajaryhmät posteriorisoivat fyysisesti passiivisille ja lievästi tai kohtalaisesti ylipainoisille aikuisikäisille suunnatut fysioterapiapalvelut. Yhteistyötä koskevassa kysymyksessä korostettiin yhteistyötä eri liikunnan toimijoiden sekä koulun kanssa.

10 POHDINTA

Terveyspalveluiden tarvetta, fysioterapiapalvelut mukaan lukien, voidaan tarkastella, kuten tässä työssä, sairastavuuden kautta. Terveyspalveluiden tarpeen arviointi on osoittautunut kuitenkin varsin haasteelliseksi tehtäväksi kunnissa (Mäntyranta ym. 2004, 52). Kuntakohtaisia sairastavuustietoja oli vaikea löytää työn pohjaksi. Stakesin teettämän kyselyn mukaan väestön terveydentilaa seuraa systemaattisesti vain 15 % maamme terveyskeskuksista. Projektipäällikkö Kristiina Poikajärvi Stakesista on esittänyt seuraavaa: "Koska vähemmistö kunnista seuraa väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan kehitystä, on aiheellista kysyä, miten palvelustrategiat ja tulevaisuuden palvelujen suunnittelu voidaan mitoittaa oikealla tavalla". (Stakesin uutiskirje 2005.)

Kansanterveyslain tultua voimaan alkoi terveystalvurjärejstelmän kiiwas kehittäminen, jonka kuviteltiin olevan valmis muutamien vuosikymmenten kuluessa (Lehto 2004, 24). Terveystalvurujen tarpeen kasvua ei kuitenkaan osattu ennakoida. Terveystenhuollon teknologian kehitys, väestön elintapojen ja ikärakenteen muutos ovat vaikuttaneet ennalta arvaamattomalla tavalla sairastavuuteen. (Ryynänen ym. 1997, 9 – 10; Tilvis ym. 2003, 25; Mäntyranta ym. 2004, 53.) Priorisoinnin tarkoituksena on, paitsi suosia vaikuttavien menetelmien käyttöä, myös tunnistaa hoidosta hyötyviä potilasryhmiä. Jatkossa Janakkalan kunnan terveystenhuollon kuntoutuksen tulisi varmastikin vähintään kerätä tietoa millaisten oireiden tai sairauksien vuoksi yksikön hoitoon hakeudutaan. Tähän käytössä oleva ATK-järjestelmä tarjoaa mahdollisuuden, mutta järjestelmää hyödynnetään toistaiseksi puutteellisesti.

10.1 Aineiston ja menetelmän arviontia

Vastausprosentti oli kaikkiaan hyvä, mutta lääkäreiden ja perusturvalautakunnan jäsenten vastausprosentti jäi heikoksi. Olisi saattanut olla hyödyllistä muistuttaa myös muita vastaajia kuin lääkäreitä kyselyn palauttamisesta ennen määrääajan umpeutumista.

Kyselylomake rakennettiin teoriaan ja sen käsitteisiin pohjautuen ja sen perustana olivat sairastavuus ja fysioterapian vaikuttavuus. Tuloksia arvioitiin muun muassa näyttöön perustuvan käytännön kautta. Tämä näkökulma muistuttaa jossain määrin niin sanottua Oregonin mallia, jossa priorisointia tarkastellaan sairaushoito -pareittain (Ryynänen, Kukkonen, Myllykangas, Lammintakanen & Kinnunen 2006, 137). Fysioterapian vaikuttavuudesta kyseisten sairauksien tai oireiden hoidossa on jo olemassa näyttöä. Tämän vuoksi vastaaminen saattoi olla koehenkilöille vaikeaa, koska kaikissa sairausryhmissä on varmasti asiakkaita, jotka hyötyvät kyseisistä fysioterapiapalveluista, ja niitä, jotka eivät kaikista yrityksistä huolimatta palveluista hyödy. Vastaajien työtä saattoi vaikeuttaa myös se, että fysioterapiapalveluiden sisältö on vieras. Tätä pyrittiin helpottamaan saatekirjeen mukana lähetetyllä liitteellä (liite 3). Liitteessä avattiin lyhyesti käsitteet fysioterapia, fysioterapeuttinen ohjaus sekä terapeutin harjoittelu

fysioterapianimikkeistöön perustuen (Fysioterapianimikkeistö 2000). Lisäksi arvioitiin, että vastaamista helpottaisi strukturoidun kyselylomakkeen käyttö ja avointen kysymysten vähäisyys. Kyselylomakkeesta tehtiin vain kolmen sivun pituinen ja kysymykset etenivät ylhäältä alaspäin, minkä myös oletettiin helpottavan vastaamista.

Saatekirjeessä vastaajia pyydettiin huomioimaan vastauksissaan koko kunnan väestön tarpeet. Vastaajien on usein kuitenkin helpompaa vastata omakohtaisiksi koettuihin kysymyksiin, mikä saattoi johdatella vastaajia priorisoimaan itselle tärkeiksi koettuja fysioterapiapalveluita. Kysymyksenasettelua voidaan pitää johdattelevana, jos kysymykseen sisällytetään esimerkiksi mielipiteiden tai toimenpiteiden valittuun suuntaan ohjaavia sanavalintoja. (Menetelmäopetuksen valtakunnallinen tietovaranto.) Siten kysymyksenasettelu, ”Miten tärkeänä pidätte”, saattoi ohjata vastaajia arvioimaan kaikkia palveluita tärkeinä.

Mielipiteiden kartoittamiseksi olisi saattanut sopia myös laadullinen tutkimus. Tällöin esimerkiksi puolistrukturoitu haastattelu olisi antanut vastaajille mahdollisuuden vapaammin esittää ajatuksiaan priorisoinnista. Koehenkilöiden määrän olisi tällöin pitänyt kuitenkin olla huomattavasti pienempi.

10.2. Tulosten arviointia terveyden edistämisen näkökulmasta

Kyselyssä haluttiin nostaa esiin muutamia kansantaloudellisestikin merkittäviä terveysongelmia. Niistä tärkeimpinä fyysinen passiivisuus, ylipainoisuus ja metabolinen oireyhtymä sekä tyypin 2 diabetes. Kaikki vastaajaryhmät kokivat fyysisesti passiivisille lapsille ja nuorille sekä aikuisille kohdennetut fysioterapiapalvelut vähemmän tärkeiksi. Kaikki vastaajaryhmät myös posteriorisoivat fyysisesti passiivisten aikuisikäisten fysioterapiapalvelut. Lievästi ja kohtalaisesti ylipainoisten aikuisikäisten fysioterapiapalvelut nähtiin myös kaikissa vastaajaryhmissä vähemmän tärkeiksi. Useat vastaajat kaikissa vastaajaryhmissä posteriorisoivat myös tämän asiakasryhmän fysioterapiapalvelut. Terveyden edistämisen näkökulmasta vastaukset vaikuttavat yllättäviltä. Raija Tyni-Lenne (2003, 13) esittää Suomen Fysioterapeuttiliiton 60-vuotisjuhlajulkaisussa ihmisten vähentyneen arkiliikunnan ja fyysisesti passiivisen

elämäntyylin olevan fysioterapian tämän päivän haaste. Liikunnalla on todettu olevan merkittäviä vaikutuksia edellä mainittujen kansanterveydellisten ongelmien ehkäisyssä (Vuori 2005, 12; Lindström, Louheranta, Mannelin, Rastas, Salminen, Eriksson, Uusitupa & Tuomilehto 2003, 3234). Ylipainoon on todettu liittyvän monia muita terveyshaittoja, kuten sydän- ja verisuonitauteja, aineenvaihduntasairauksia, keuhkosairauksia, nivelsairauksia sekä syöpää (Uusitupa 1998, 19). Ylipainoisuus ja vähäinen liikunta ovat myös kansanterveyden kannalta keskeisimpien ja kansantaloudellisesti kalleimpien tulesairauksien, kuten alaselkäsairauksien riskitekijöitä (Taimela 2005, 311, 313).

Terveyden edistäminen otettiin ydinkäsitteeksi terveydenhoidon sijalle eduskunnan vuonna 2005 hyväksymässä kansanterveyslain muutosesityksessä. Terveyden edistämisen sisältö koetaan kuitenkin kunnissa epämääräiseksi. Muutosesityksessä todetaan myös, että terveyden edistäminen ei ole vain terveydenhuollon tehtävä, vaan sen tulee kattaa laajasti kunnan eri sektorit. (Rimpelä 2005b, 4651, 4654.) Yhteistyössä terveydenhuollolla on terveyden puolestapuhujan ja asiantuntijan rooli (Rimpelä 2005a, 4524). Saattaa olla niin, että vastaajat näkivät fyysisesti passiivisten aikuisikäisten ohjauksen ja neuvonnan kuuluvan jollekin muulle toimijalle kuin fysioterapiayksikölle. Olisi saattanut olla hyödyllistä jatkaa posteriorisointia koskevaa kysymystä esimerkiksi seuraavasti: ”Kenen tehtävänä kyseisen asiakasryhmän palvelut näette”? Vastaajat pitivät tärkeänä terveydenhuollon kuntoutuksen tulosityksikön yhteistyötä liikuntatoimen, järjestöjen ja urheiluseurojen kanssa. Terveydenhuollon kuntoutus on tehnytkin yhteistyötä paikallisten eläkeläis- ja potilasjärjestöjen, sekä kunnan liikuntatoimen kanssa erityisesti ikääntyneiden ja lasten liikunnan järjestämisessä. Janakkalan kunnassa on käyty keskustelua muun muassa liikunnan porrastuksesta liikuntatoimen ja muiden yhteistyökumppaneiden, kuten urheiluseurojen ja kansalaisopiston kanssa. Asiakkaiden tarpeiden muuttuessa tätä keskustelua tulee säännöllisesti käydä.

Tyni-Lenne (2003, 13) näkee, että fysioterapeuttien asiantuntemusta hyödynnetään puutteellisesti ennaltaehkäisevässä työssä. Tähän saattaa yhtenä syynä olla myös se, että fysioterapian mahdollisuudet ennaltaehkäisyssä tunnetaan puutteellisesti ja fysioterapian sisällöistä ei ole tietoa. Yksi vastaajista

kommentoikin vastaamisen olleen vaikeata palvelujen sisällön puutteellisen tuntemisen vuoksi. Palveluiden oikean kohdentumisen, sujuvien palveluketjujen ja yhteistyön kannalta olisi varmasti tärkeää, että yhteistyökumppanit tuntisivat palveluiden sisältöä. Janakkalan kunnan terveydenhuollon kuntoutuksen tulosityksikkö on pyrkinyt informoimaan palveluistaan intranet sivuilla, joissa kaikista palveluista on kirjattu tuotekuvaukset. Nämä eivät kuitenkaan ilmeisimmin tavoita kaikkia.

Terveyskasvatuksen yksi tärkeä tehtävä on opastaa väestöä ja erityisesti kansantautien riskiryhmiin kuuluvia itsehoidossa (Rimpelä 2005, 4654). Fysioterapiayksiköissä niin sanottu kuntoneuvola on vakiintunut toimintamuoto. Kuntoneuvolassa asiakkaan on mahdollista saada ohjausta ja neuvontaa terveytensä, toimintakykynsä ja työkykynsä edistämiseksi. (Viitanen 1997, 19; Fysioterapianimikkeistö 2000.) Myös Janakkalan kunnan terveydenhuollon kuntoutuksen tulosityksikössä kuntoneuvola on tärkeä palvelumuoto. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että fysioterapeuttien ja lääkäreiden toteuttama liikuntaneuvonta on tuloksellista ja että fysioterapeutit käyttävät monipuolisia ohjausmenetelmiä neuvonnassaan (Hirvensalo 2002, 78; Laitakari, Miilunpalo & Vuori 1997, 66). Yksilöohjauksen lisäksi on tärkeä pohtia myös muita vaikuttamisen muotoja terveyden edistämiseksi. Fysioterapeuttien tulisi Janakkalassa osallistua aktiivisemmin kuntalaisten terveystietoisuuden vahvistamiseen ja terveyspalveluiden oikean käytön ohjaamiseen. Asiantuntemusta tulisi tuoda esiin paikallisesti esimerkiksi sisäisissä tiedotteissa, paikallisissa lehdissä ja erilaisissa yleisötilaisuuksissa. Ehkä fysioterapeuttien tulisi myös koko Suomessa olla näkyvämmiin esillä ennaltaehkäisevässä työssä.

10.3 Lasten fysioterapiapalveluita koskevien tulosten arviointia

Perustuvalautakunnan jäsenten vastauksissa tulee esille jossain määrin lasten asettaminen etusijalle. He ovat priorisoineet tärkeimmiksi fysioterapiapalvelut, jotka liittyvät lasten tuki- ja liikuntaelinoireisiin sekä motoriseen kömpelyyteen. Suomalaisessa priorisointitutkimuksessa, jossa kysyttiin väestöltä, lääkäreiltä ja hoitajilta sekä poliitikoilta priorisointiin vaikuttavista tekijöistä, korostui myös lapsen asema. Se seikka, että asiakas on lapsi, oli tutkimuksessa kaikkien ryhmien

mielestä hyväksyttävä priorisointikriteeri. (Ryynänen ym. 1997, 65.) YK:n lasten oikeuksien julistuksessa periaatteissa kaksi ja kahdeksan mainitaan, että lapsen tulee saada nauttia erityistä suojelua ja että lapsi tulee aina ja kaikissa olosuhteissa olla ensisijalla suojelua ja apua annettaessa. Lisäksi periaatteessa neljä lausutaan, että lapsen tulee saada kasvaa ja kehittyä terveenä. (YK:n lasten oikeuksien julistus 1959.) Ikä on kuitenkin eettisesti ongelmallinen priorisointikriteeri, sillä ihmisen kärsimys on aina ainutkertaista. Lisäksi ikärajojen sopiminen olisi ongelmallista, sillä kalenteri-ikä ei vastaa aina biologista ikää.

Erityisliikunnan ohjaajan toimen perustamisen jälkeen Janakkalassa on käyty keskustelua neuvolaikäisten erityistä tukea tarvitsevien lasten liikunnan porrastamisesta. Fysioterapeutin on vastaanotoltaan luontevaa ohjata erityistä tukea tarvitsevia lapsia erilaisiin liikuntaryhmiin. Yhteistyö liikuntatoimen kanssa on tällä alueella sujuvaa. Terveystieteiden kanssa yhteistyössä on pohdittu fysioterapeutille ohjaamisen kriteereitä. Lasten motoristen taitojen arvioinnilla saadaan tärkeää tietoa lapsen kehityksestä. Motoriikan tutkiminen voi antaa viitteitä ja lisätietoja myös muista ongelmista. Monien kehityksellisten ongelmien esiintyvyys eli niin sanottu komorbiditeetti onkin varsin tavallista, ja motoriset ongelmat lisäävät merkittävästi moniongelmaisten lasten vaikeuksia. (Laasonen 2005, 197 – 198.) Viitteitä on siitä, että erilaisilla psykomotorisilla harjoitteilla voidaan tukea lasten kokonaiskehitystä. Etenkin pienimuotoisista terapiaryhmistä on hyviä kokemuksia. (Koljonen 2005, 81 – 82.) Tulevaisuuden haasteena on osoittaa erilaisten terapiamuotojen vaikuttavuutta. Koululaisten tuki- ja liikuntaelinoireiden yleisyyttä ja riskitekijöitä on viime vuosina selvitetty, mutta tältäkin alueelta fysioterapiaa koskevia hoitotutkimuksia on toistaiseksi niukasti (Rinne 2002, 9). Kouluikäisten tuki- ja liikuntaelinsairauksien ehkäisyssä on saatu rohkaisevia kokemuksia muun muassa ergonomisella neuvonnalla ja esimerkiksi selkäkoulutyypisillä ohjelmilla (Salminen JJ, 2002, 6 – 7).

Myös lääkärit priorisoivat kolmen tärkeimmän joukkoon lasten tuki- ja liikuntaelinoireisiin liittyvät fysioterapiapalvelut. Valtakunnallisesti koululaisten selkä ja niskavaivat ovat lisääntyneet 90-luvulla (Hakala, Rimpelä, Salminen, Virtanen & Rimpelä 2002, 743 – 745). On esitetty jopa epäilyjä, että tämän päivän selkäkipuinen nuori olisi aikuisiässä selkäkroonikko (Salminen JJ, 2002, 4). Tuore

suomalainen tutkimus osoittaa, että nuorten informaatioteknologian parissa viettämä aika on itsenäinen niska- ja selkäkipua selittävä tekijä (Hakala, Rimpelä, Saarni & Salminen, 2006). Kouluterveydenhoitajien ja fysioterapeuttien yhteistyö on ollut Janakkalassa selkeää ja tiivistä. Fysioterapeutin vastaanotto on luonteva paikka keskustella kasvavan nuoren kanssa tuki- ja liikuntaelimestön hyvinvoinnista. Fysioterapeutit ovat osallistuneet myös koululaisten terveystilanteisiin terveydenhoitajan tai liikunnanopettajan pyynnöstä. Yhteistyö koulujen kanssa nähtiin tarpeellisena myös vastauksissa. Terveydenhuollon kuntoutuksen henkilöstön tulisi ehkä olla aloitteellisempi nuoria koskevissa kysymyksissä. Työn painopistettä tulisi tälläkin alueella suunnata ehkä enemmän yksilöohjauksesta koko asiakasryhmän terveyden edistämiseen.

10.4 Aikuisikäisten fysioterapiapalveluita koskevien tulosten arviointia

Sekä lääkärit että esimiehet priorisoivat kolmen tärkeimmän joukkoon fysioterapiapalvelut jotka liittyivät toispuolihalvausten jälkeiseen kuntoutukseen. Sosiaali- ja terveysministeriön kuntoutusselontekoa varten keräämässä taustaineistossa ilmeni, että vaikuttavuus oli hyvää aivohalvauspotilaiden akuutissa kuntoutuksessa (Kuntoutusselonteko 2002). Janakkalalaiset akuuttivaiheen kuntoutujat hoidetaan Kanta-Hämeen Keskussairaalassa. Mikäli he tarvitsevat pidempää sairaalakuntoutusjaksoa, he ohjautuvat Janakkalan sairaalan kuntoutusmoduuli Neliapilaan, jossa moniammatillinen tiimi vastaa heidän kuntoutuksestaan. Kuntoutusmoduulissa on alettu kerätä tietoa siitä, moniko jatkohoitoon ohjautuneista janakkalalaisista kykenee siirtymään kuntoutusjakson jälkeen kotiin tai muuhun kevyempään hoitomuotoon.

Toispuolihalvausasiakkaiden hoitajakset ovat pitkiä ja sitovat näin paljon terveydenhuollon kuntoutuksen tulosyksikön henkilöstöresursseja.

Esimiehet priorisoivat lonkkamurtumien jälkeiset fysioterapiapalvelut kolmen tärkeimmän joukkoon. Kuntoutusselontekoa varten kerätystä aineistosta ilmeni, että huolellisesti kohdennetulla ja järjestetyllä iäkkäiden potilaiden lonkkamurtuman jälkeisellä kuntoutuksella on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia (Kuntoutusselonteko 2002). Käypä hoito -suosituksessa todetaan, että

keskitetty moniammatillinen geriatrinen kuntoutus lonkkamurtuman jälkeen voi vähentää ensimmäisen vuoden kokonaiskustannuksia. Samassa suosituksessa todetaan, että kuntoutustyöryhmään kuuluvat sairaanhoitaja, perushoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä sekä potilas.

Kuntoutusyksikkö Neliapilan, jossa janakkalalaiset erikoissairaanhoidon jälkeen jatkohoitoa tarvitsevat lonkkamurtuma-asiakkaat hoidetaan, työryhmään kuuluvat molemmat terveydenhuollon kuntoutuksen kuntohoitajat. Vastaavan fysioterapeutin työajasta vain pieni osa käytetään Neliapilan asiakkaiden hoitoon fysioterapeutti-resurssien niukkuuden vuoksi.

Hoidon lisäksi Käypä hoito -suosituksessa kiinnitetään lonkkamurtumien ehkäisyyn runsaasti huomiota. Suosituksessa todetaan, että pelkällä neuvonnalla ei näytä olevan vaikutusta kaatumisten ehkäisyssä, vaan esimerkiksi kotona asuvien vanhusten voima- ja tasapainoharjoittelu parantaa tasapainon hallintaa ja vähentää kaatumisia. (Käypä hoito -suositus.) Terveydenhuollon kuntoutus järjestää päiväkuntoutuksen asiakkaille voima ja tasapainoharjoitteluryhmiä. Ryhmissä käyvät myös asiakkaat, jotka kykenevät itse järjestämään kuljetuksen ryhmään. Ongelmaksi muodostuu sellaisten asiakkaiden hoito, jotka hyötyisivät ryhmästä, mutta eivät kykene kuljetuksen puuttuessa osallistumaan ryhmään.

Moniammatillisen, laaja-alaisen selvittelyn ja neuvonnan on katsottu olevan hyödyllistä myös sellaisille henkilöille, jotka asuvat kotona ja ovat jo aiemmin kaatuneet. Fyysinen harjoittelu on näillekin asiakkaille eduksi kaatumisten ehkäisyssä. (Käypä hoito -suositus.) Raihnaistuneiden ikääntyneiden fysioterapiapalveluita ei kuitenkaan priorisoitu tärkeimpien palveluiden joukkoon tässä kyselyssä. Heidän voidaan kuitenkin katsoa kuuluvan muun muassa lonkkamurtumien suhteen riskiryhmään (Penninx ym. 2002, M696).

Suosituksessa todetaan myös, että lonkkamurtuman vaara on yhteydessä fyysiseen aktiivisuuteen. Fyysisellä aktiivisuudella voidaan vähentää lonkkamurtumien ilmaantuvuutta jopa 50 %. (Käypä hoito -suositus.)

Lääkärit ja esimiehet priorisoivat kolmen tärkeimmän joukkoon endoproteesileikkausten, kuten polvi- ja lonkkaproteesileikkausten jälkeiset fysioterapiapalvelut. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä on pyritty yhtenäistämään polvi- ja lonkkaproteesileikkausasiakkaiden preoperatiivista

ohjausta. Asiakkaat saavat ohjauksen omassa terveyskeskuksessa. Tarvittaessa heidät ohjataan leikkauksen jälkeen fysioterapeutin vastaanotolle joko omaan terveyskeskukseen tai yksityiselle palveluntuottajalle. Lonkan totaaliendoproteesiasiakkaat vaikuttavat hyötyvän säännöllisestä liikunta- ja toimintakyvyn seurannasta, ja sillä näyttää olevan myönteisiä vaikutuksia päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen (Kaskinen 2002, 15).

Sekä perusturvalautakunnan että lääkäreiden vastauksissa kolmen tärkeimmän palvelun joukkoon sijoittuva aikuisten tuki- ja liikuntaelinsairauksiin, kuten reumatauteihin ja nivelrikkoon, liittyvä kuntoutus on vaikuttavuuden näkökulmasta tehokasta. Liikuntaharjoittelun sekä ohjauksen ja neuvonnan vaikuttavuudesta edellä mainituissa sairauksissa on vahvaa tieteellistä näyttöä (Aittasalo 1999, 41, 46). Myös tuore Häkkisen (2006, 25) tutkimus osoittaa, että säännöllisellä ja tehokkaalla liikunnalla, varsinkin voimaharjoittelulla, on keskeinen asema nivelreumaatikon toimintakyvyn kannalta. Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeessa aikuisten tuki- ja liikuntaelinongelmat oli jaettu jopa kolmeen ryhmään. Tämä saattoi vaikeuttaa vastaajien pohdintaa. Ehkäpä muun muassa tämän vuoksi kansanterveydellisesti merkittävät työikäisten niska-hartiaseudun ja alaselän oireita ei vastaajaryhmissä koettu tärkeimpinä palveluina.

Yhteistyöhön liittyvän kysymyksen vastauksista ei saatu varsinaisesti uusia ehdotuksia yhteistyökumppaneiksi. Kysymys liitettynä priorisointiin nosti kuitenkin esiin terveydenhuollon kuntoutuksen tulosityksikön roolin suhteessa yhteistyökumppaneihin.

Kyselyn tulokset eivät ole yleistettävissä, eivätkä hyödynnettävissä muissa terveyskeskuksissa, mutta priorisointikeskustelun avaamisessa työstä kaikkiaan saattaa olla hyötyä muillekin perusterveydenhuollon fysioterapiayksiköille. Jotta tulokset olisivat hyödynnettävissä laajemmin, olisi tutkimusjoukon pitänyt olla huomattavasti laajempi ja kattaa esimerkiksi sairaanhoitopiirin useita kuntia.

10.5 Fysioterapiapalveluiden priorisointikeinot

Priorisointikeskustelu vaikuttaa Suomessa jääneen suhteellisen yleiselle tasolle. Teoksessa *Priorisointi terveydenhuollossa* Ryynänen ym. katsovat, että suomalaisessa priorisointikeskustelussa painotetaan näyttöön perustuvan lääketieteen, hoitosuosituksen ja hoidon saatavuuden näkökulmia avoimen poliittisen kannanoton puuttuessa (Ryynänen ym. 2006, 151). Myös fysioterapian alueella laatuksiteereiltään parempien satunnaistettujen tutkimusten määrä on lisääntynyt (Mälkiä ym. 2004, 6). Australialaisessa fysioterapian näyttöön perustuvassa PEDro-tietokannassa (The Physiotherapy Evidence Database) on jo yli 5000 tutkimusviitettä ja yli 900 systemaattista katsausta (Heinonen 2005, 5). Toinen merkittävä tietokanta on Cochrane-kirjasto, johon on koottu yhteen tietoa terveydenhuollon toimenpiteiden vaikuttavuudesta (Varonen, Romanov & Lodenius 2004, 249).

Käytännön työtä tekevä fysioterapeutti kokee usein epävarmuutta oikeasta toiminnasta yrittäessään hallita erilaisia menetelmiä. Näyttöön perustuvien artikkelien ja katsausten etsiminen auttaa vaikuttavien ja ajantasaisten terapiamuotojen valinnassa sekä fysioterapian käytännön toteutuksessa. (Mälkiä ym. 2004, 6; Karppi 2003a, 15). Fysioterapeutin kliinisen päätöksenteon laatu paranee, kun paras saatavilla oleva näyttö terapian vaikuttavuudesta yhdistyy tietoihin asiakkaan tilanteesta. Tällöin fysioterapeutin valinnat ovat myös eettisesti vahvalla pohjalla (Karppi 2003b, 18 – 19). Ongelmana perusterveydenhuollon fysioterapiayksiköissä, kuten Janakkalan kunnassakin, on se, että henkilöstön koulutustaso on vaihteleva. Näyttöön perustuvan tiedon haussa kynnykseksi saattaa nousta esimerkiksi valmius lukea vieraskielistä tekstiä ja kyky arvioida lukemaansa kriittisesti. Toisaalta hyvä hoito ei voi vain perustua vaikuttavuusanalyysiin. Terveydenhuollon tavoitteena on parantamisen lisäksi antaa asiakkaille tukea ja lievittää heidän ahdistustaan (Ryynänen ym. 2006, 90).

Perusterveydenhuollon fysioterapeutit saattavat kokea riittämättömyyttä ja turhautumista työssään myös asiakkaiden monimuotoisten tarpeiden vuoksi. Tarvetta voidaan lisäksi tarkastella hyvin monelta eri kannalta, ja asiakkailla ja ammattilaisilla voi olla siitä täysin erilainen käsitys (Ryynänen ym. 2006, 109 –

110). Mikäli nojaututaan Röbergin (2006, 19) tutkimuksen tietoihin koetusta fysioterapiapalveluiden tarpeesta, voitaisiin arvioida, että tälläkin hetkellä yli 2500 janakkalalaista kokisi tarvetta näihin palveluihin. Riittämättömyyden tunne saattaa lisääntyä sitäkin kautta, että perusterveydenhuollon fysioterapeutit ajattelevat velvollisuudekseen hoitaa kaikkia fysioterapian tarpeessa olevia. Praestegaard onkin todennut työssään fysioterapeuttien eettisten periaatteiden painottuvan velvollisuusetiikkaan (Praestegaard 2001, 49). Tavoite kaikkien hoitamisesta on johtanut monissa fysioterapiayksiköissä pitkiin jonotusaikoihin. Jonotuttaminen nähdään kuitenkin eettisesti heikoksi priorisointikriteeriksi (Ryynänen ym. 2006, 144). Ryynänen ym. (2006, 174) arvioivat jonon optimaaliseksi pituudeksi 2-6 viikkoa, jota voidaan pitää tehokkaan toiminnan kannalta välttämättömänä järjestelyjonona. Janakkalan terveystieteiden tutkimuskeskuksen terveydenhuollon kuntoutuksen laatutavoitteisiin on kirjattu kahden viikon maksimiodotusaika fysioterapeutin vastaanotolle. Tavoitteen toteutuminen on vaatinut jatkuvaa pohdintaa toimintatavoista.

Yksityinen sektori helpottaa perusterveydenhuollon työtaakkaa tuottamalla arviolta yli puolet Suomen fysioterapiapalveluista (Hakulinen 2004, 64). Janakkalassakin toimii useita yksityisiä palveluntuottajia. Haasteena on, miten tavoittaa juuri ne asiakkaat, jotka hyötyvät perusterveydenhuollon palveluista. Terveysriskit kasautuvat sosiaalisesti huonompiosaisille (Karisto & Lahelma 2005, 50). Hakulisen (2004, 64–65) mukaan alimpiin tuloluokkiin kuuluvat saavat yleisimmin fysioterapiansa terveystieteiden tutkimuskeskuksissa, ja ylimpiin tuloluokkiin kuuluvat käyttivät yksityisten fysikaalisten hoitolaitosten tai työpaikan terveysaseman palveluja. Filosofin Rawlsin esittämän teorian mukaan oikeudenmukaista olisi kiinnittää eniten huomiota heikoimmassa asemassa olevien henkilöiden aseman parantamiseen (Ryynänen ym. 1997, 50). Varallisuutta ei voida kuitenkaan pitää eettisesti hyväksyttävänä priorisointiperusteena.

Perusterveydenhuollon fysioterapiapalveluiden järjestämistä mietittäessä olisi nähdäksemme erittäin tärkeää saada palveluiden tarjonta ja asiakkaiden tarpeet kohtaamaan. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen on sanottu olevan toimissaan jokseenkin sattumanvarainen. Asiakkaiden saama hoito saattaa olla riippuvainen asiakkaan kyvystä hyödyntää olemassa olevaa järjestelmää ja jopa siitä onko hän sattunut

tarpeinensa oikean henkilön puheille. Terveysthuollon toimintaympäristön muuttuessa myös fysioterapiapalveluita tarvitsevien asiakkaiden tarpeet muuttuvat. Fysioterapiayksiköiden tulisi kyetä kyllin nopeasti reagoimaan muuttuviin tarpeisiin. Tähän tarvittaisiin kuitenkin terveydenhuoltohenkilökunnan yhteistä näkemystä tavoitteista ja hoitolinjoista. Mielenkiintoista olisikin jatkossa tarkastella, mitä mieltä koko sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollossa palvelevat lääkärit ovat fysioterapiapalveluiden priorisoinnista, sillä lääkärit ovat avainasemassa asiakasvirtojen ohjailussa. Keskustelua tulisi käydä muun muassa työnjaosta ja pyrkiä yksilösuorittamisesta todelliseen tiimityöskentelyyn. Käypä hoito -suositukset ohjaavat asiakkaiden lääketieteellistä hoitoa erilaisin hoitosuosituksin. Pelkistä hoitosuosituksista tulisi pyrkiä prosessikuvausten kautta yksityiskohtaisiin hoitopolkukuvauksiin. Janakkalan kunnassa on käynnistetty keskustelu prosessikuvauksista. Prosesseja tulisi tarkastella moniammatillisesti, jotta etenkin palveluiden rajapinnat saataisiin dokumentoitua. Fysioterapeuttien tulee aktiivisesti osallistua tähän keskusteluun.

Hanasaaren konsensuskokouksessa asetettiin priorisoinnin tavoite seuraavasti: ”Tavoitteena on luoda sellainen terveydenhuolto, jossa vallitsee paras mahdollinen tasapaino palveluiden tarpeen ja niiden saatavuuden välillä. Priorisoinnin tarkoituksena on puolestaan luoda terveyteen vaikuttavia hoitokäytäntöjä, ja sopia siitä, miten tarpeellisiksi arvioidut palvelut jaetaan oikeudenmukaisesti.” (Ryynänen ym. 2006, 147.) Opinnäytetyötä tehdessämme ymmärsimme, miten laajasta ja monitahoisesta asiasta priorisoinnissa onkaan kyse. Totesimme että tämänkaltainen työ ei yksiselitteistä työkalua fysioterapiatyön rajaamiseen, eikä palveluiden oikeaan kohdentamiseen tarjoa. Toivoaksemme työ kuitenkin avaa arvoihin perustuvaa priorisointikeskustelua laajemminkin Janakkalassa. Perusterveydenhuollon fysioterapiapalveluiden priorisointi on mielestämme jatkuvaa pohdintaa vaativa aihe, joka vaatii koko ammattikunnalta keskustelua.

11 OMAN OPPIMISPROSESSIN POHDINTA

Opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen tutustuminen osoittautui hyvin aikaa vieväksi aiheen laajuuden vuoksi. Työn rajaaminen oli tämän takia vaikeaa. Lisäksi varsinainen työn tekeminen viivästyi, sillä opinnäytetyö tehtiin oman työn ohessa ja osittain muiden opintojen kanssa päällekkäin.

Työtä tehdessämme havaitsimme kuinka tärkeää tarkka esiin nousseiden ajatusten ja eri työvaiheiden dokumentointi olisi ollut. Myös tarkempi aikatauluttaminen olisi helpottanut työtä. Vaikka määrällisen tutkimuksen rakenne oli tuttu teoriassa, osoittautui opinnäytetyön menetelmien ja tulosten kirjaaminen käytännössä vaikeaksi. Tulosten tulkinnassa koimme olevamme vasta-alkajia ja olennaisten johtopäätösten teko vaati paljon pohdintaa ja keskustelua.

Työn edetessä aihe alkoi kiinnostaa yhä enemmän. Koimme yhä selvemmin olevamme koko terveydenhuollon tulevaisuuden ydinkysymysten äärellä. Käytännön priorisointityön pohjaksi ja nykytilanteen selvittämiseksi Janakkalassa olisi tärkeää tarkastella toimintakäytäntöjä ja kuvata prosesseja. Etenkin taloudellisen niukkuuden aikana keskustelua tulisi käydä perusterveydenhuollon tehtävästä ja strategioista.

LÄHTEET

Adenius-Jokivuori, M. 2001. Oppimisvaikeuksiin liittyvän erityisen tuen tarpeen kartoitus. Jyväskylän yliopisto. Lapsitutkimuskeskus. Niilo Mäki Instituutti.

Ahonen, T., Viholainen, H., Cantell, M. & Rintala, P. 2005. Motoriikka ja oppimisvaikeudet. Teoksessa Rintala, P., Ahonen, T., Cantell, M. & Nissinen, A. (toim.) Liiku ja opi. Liikunnasta apua oppimisvaikeuksiin. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu.

Aittasalo, M. 1999. Fysioterapian vaikuttavuudesta tärkeimmissä kansantaudeissa – käsitteitä, problematiikkaa ja tutkimustuloksia. Suomen Fysioterapeuttiliiton julkaisuja.

Aromaa, A., Koskinen, S. 2002 (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset (viitattu 7.2.2006 Google).
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2002b3.pdf

Elonheimo, O. 2004. Perusterveydenhuollon palvelujen käyttömalli. Teoksessa Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila, J. & Viitala, J. (toim.) Terveyspalveluiden suunnittelu. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Fogelholm, M. 2005. Lapset ja nuoret. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. (toim.) Terveysliikunta. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Fysioterapianimikkeistö 2000 (viitattu 24.10.2006 Google).
http://www.kunnat.net/k_htmlimport.asp?path=1;29;353;40302;46660;46727;467

Hakala, P., Rimpelä, A., Saarni, L. & Salminen, JJ. 2006. Frequent computer-related activities increase the risk for neck-shoulder and low back pain in adolescents. *European Journal of Public Health*. 16(5):536 – 541. Abstract. (viitattu 12.10.2006 Google).

<http://eurpub.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/16/5/536>

Hakala, P., Rimpelä, A., Salminen, JJ., Virtanen, S. & Rimpelä, M. 2002. Back, neck and shoulder pain in Finnish adolescents: National cross sectional survey. *British Medical Journal* 2002; 325, 743 – 745.

Hakulinen, K. 2004. Avofysioterapiapalvelujen käyttö Suomessa.

Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B14/2004. Hakapaino Oy, Helsinki.

Hartikainen, S., Jäntti, P. 2003. Iäkkäiden kaatumiset ja huimaus. Teoksessa Tilvis R., Hervonen A., Jäntti P., Lehtonen A. & Sulkava R. (toim.). *Geriatrics*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Heinonen, A. 2005. Mitä fysioterapiatutkimus on ja mitä sen pitäisi olla. *Fysioterapia* vol. 52, 4/05, 5 – 9.

Helin, S., Mälkiä, E., Sakari-Rantala, R. & Häkkinen, A. 2005.

Koulutusjärjestelmän kehittäminen pureutuu fysioterapian ongelmakohtiin. *Fysioterapia* vol. 52, 1/05, 20 – 22.

Heliövaara, M. & Riihimäki, H. 2005. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet.

Teoksessa Aromaa A., Huttunen J., Koskinen S. & Teperi, J. (toim.) *Suomalaisten terveys*. Kustannus Oy Duodecim, Kansanterveyslaitos ja STAKES, Helsinki.

Hervonen, A. 2003. Vanhukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Tilvis R., Hervonen A., Jäntti P., Lehtonen A. & Sulkava R. (toim.) 2003. *Geriatrics*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Hirva, J. Osastonhoitaja. Hämeenlinnan seudun kansanterveystyön kuntayhtymä.
Haastattelu 18.5.2006.

Hirvensalo, M. 2002. Liikuntaharrastus iäkkäänä Yhteys kuolleisuuteen ja avuntarpeeseen sekä terveydenhuolto liikunnan edistäjänä Jyväskylän Yliopisto (viitattu 5.9.2006 Google).

<http://selene.lib.jyu.fi:8080/vaitos/studies/studsport/9513913457.pdf>

Huovinen, T., Hämäläinen, H. & Karjalainen, S. 2003. Soveltavan liikuntakasvatuksen verkkokurssi. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteiden tiedekunta. (viitattu 7.2.2006 Google).

<http://www.cc.jyu.fi/~tehuovin/soveltavaliikunta/index.htm>

Häkkinen, A. 2006. Lihassoima on nivelreumapotilaan toimintakyvyn perusta. Fysioterapia vol. 53, 4/06, 22 – 25.

Ikikunto kylille. Ikäihmisten ennaltaehkäisevä kuntoutusneuvontaprojekti, 2004. Projektin loppuraportti. Janakkalan palvelutalosaatiö.

Impivaara, O., Åstrand, S. 2005. Osteoporoosi. Teoksessa Aromaa A., Huttunen J., Koskinen S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Kustannus Oy Duodecim, Kansanterveyslaitos ja STAKES, Helsinki.

Janakkalan kunnan palvelustrategialuonnos. 2006.

Janakkalan kunta. Internet-sivut (viitattu 23.5.2006 Google)

<http://www.janakkala.fi>

Karisto, A., Lahelma, E. 2005. Sosiaalinen ympäristö ja kulttuuriympäristö. Teoksessa Aromaa A., Huttunen J., Koskinen S. & Teperi J. (toim.) Suomalaisten terveys. Kustannus Oy Duodecim, Kansanterveyslaitos ja STAKES. Helsinki.

Karppi, S-L. 2003a. Fysioterapia tarvitsee näyttöön perustuvaa toimintaa. Fysioterapia vol. 50, 5/03, 15 – 16.

Karppi, S-L. 2003b. Näyttöön perustuva tarkastelu – osa fysioterapian vaikuttavuustutkimusta. Teoksessa Mansikkamäki, T. (toim.) Polkuja fysioterapian tulevaisuuteen. Suomen Fysioterapeuttiliiton 60-vuotisjuhla-julkaisu. Painotalo Auranen.

Karvonen, P., Siren-Tiusanen, H. & Vuorinen, R. 2003. Varhaisvuosien liikunta. VK-kustannus Oy. Gummerus Kirjapaino, Jyväskylä.

Kaskinen, T. 2002. Ohjatun kotiharjoittelun vaikutus lonkan totaaliendoproteesipotilaan kävelyyn ja toimintakykyyn. Fysioterapia vol. 49, 5/02, 9 – 15.

Kekomäki, M. 2004. Onko terveyspalveluilla tärkeysjärjestystä? Teoksessa Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila, J. & Viitala, J. (toim.) Terveyspalveluiden suunnittelu. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Koljonen, M. 2005. Psykomotorisen harjaannuttamisen mahdollisuudet. Teoksessa Rintala, P., Ahonen, T., Cantell, M. & Nissinen, A. (toim.) Liiku ja opi. Liikunnasta apua oppimisvaikeuksiin. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu.

Korppi, M., Lauri, S. & Mäntyranta, T. 2004. Näyttöön perustuva terveydenhuolto. Teoksessa Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila, J. & Viitala, J. (toim.) Terveyspalveluiden suunnittelu. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Kukkonen-Harjula, K. 2005. Metabolinen oireyhtymä ja tyypin 2 diabetes. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. (toim.) Terveysliikunta. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Kuntien ja kuntayhtymien talous ja toiminta 2005. Tilastokeskus. (viitattu 22.10.2006 Google)

http://www.stat.fi/til/ktt/2005/ktt_2005_2006-08-11_tie_002.html

Kuntien muuttuva toimintaympäristö. Toimintaympäristöanalyysi. Visionääri 2/2000. (viitattu 22.10.06 Google).

<http://www.kunnat.net/binary.asp?path=1;29;348;29462;23542;23559&field=FileAttachment&version=3>

Kuntoutusselonteko 2002. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2002:6, 2002a. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö, Helsinki. (viitattu 26.9.2006 Google).

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/kuntselonteko2002/kselte02.pdf>

Käypä hoito -suositus. Lonkkamurtumapotilaiden hoito. 2006. (viitattu 25.10.2006 Google).

<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50040>

Laasonen, K. 2005. Lasten motoristen taitojen arviointi. Teoksessa Rintala, P., Ahonen, T., Cantell, M. & Nissinen, A. (toim.) Liiku ja opi. Liikunnasta apua oppimisvaikeuksiin. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu.

Laitakari, J., Miilunpalo, S. & Vuori, J. 1997. The process and methods of health counseling by primary health care personnel in Finland. Patient Education and Counseling Vol. 30, 61 – 70.

Lehto, J. 2004. Terveyspolitiikka ja palvelujen tarve. Teoksessa Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila, J. & Viitala, J. (toim.) Terveyspalveluiden suunnittelu. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Leirisalo-Repo, M. 2003. Nivelvaivat. Teoksessa Tilvis R., Hervonen A., Jäntti P., Lehtonen A. & Sulkava R. (toim.) Geriatria. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Lemmetti, M. Vastaava fysioterapeutti. Lempäälän terveyskeskus. Puhelinhaastattelu 10.12.2005.

Lindqvist, M. 2000. Kirkon sairaalasielunhoidon keskus. Yksi otetaan ja toinen jätetään. Terveysthuollon etiikka ja priorisointi –seminaari. Seminaarialustus. (viitattu 11.11.2005 Google).

<http://www.evl.fi/kkh/to/kkn/koulu/LINDQV-2.htm>

Lindström, J., Louheranta, A., Mannelin, M., Rastas, M., Salminen, V., Eriksson, J., Uusitupa M. & Tuomilehto J. 2003. The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle Intervention and 3-Year Results on Diet and Physical Activity. *Diabetes care*. Vol 26, Number 12, December 3230 – 3236.

Luoto, R. 2004. Terveys ja palvelujen tarve alueittain Suomessa. Teoksessa Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila, J. & Viitala, J. (toim.) Terveyspalveluiden suunnittelu. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Lönnqvist, J. 2005. Mielenterveyden ongelmat. Teoksessa Aromaa A., Huttunen J., Koskinen S. & Teperi J. (toim.) Suomalaisten terveys. Kustannus Oy Duodecim, Kansanterveyslaitos ja STAKES. Helsinki.

Mansikkamäki, T. 2005. Kohti hyviä fysioterapiakäytäntöjä. *Fysioterapia*, vol. 52, 6/05, 37 – 39.

Menetelmäopetuksen valtakunnallinen tietovaranto. (viitattu 10.11.2006 Google)
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/intro.html>

Mälkiä, E., Alaranta, H., Heinonen, A., Häkkinen, A., Kauranen, K., Kujala, U., Kuukkanen, T., Nevala, N., Satka, J. & Ylinen, J. 2004. Fyysiseen aktiivisuuteen perustuvan fysioterapian ja kuntoutuksen näytön tarkastelua. *Kuntoutus* 1/04, 4 – 21.

Mäntyranta, T., Elonheimo, O. & Brommels, M. 2004. Näkökulmia terveyspalvelujen tarpeen käsitteeseen. Teoksessa Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila, J. & Viitala, J. (toim.) Terveyspalveluiden suunnittelu. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Nupponen, R. 2005. Masennus ja ahdistuneisuus. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. (toim.) Terveysliikunta. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Ojajärvi, A., Sinkkonen, A., Jokela, J., Luopa, P. & Räsänen, M. 2004. Kouluterveys 2004: Janakkalan kuntaraportti. Stakes.

Penninx, B., Ferrucci, L., Leveille, S., Rantanen, T., Pahor, M. & Guralnik, J. 2000. Lower extremity performance in nondisabled older persons as a predictor of subsequent hospitalization. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 2000. Vol. 55A. No 11. M691-697.

Praestegaard, J. 2001. Etik i fysioterapi. Lund Universitet. (tulostettu 3.9.2006 Google).

http://www.ffy.dk/graphics/PDF-filer/Afhandlinger/master_etik_jeanette_praestegaard_2001.pdf

Pursiainen, T. 1997. Kun arvoja on yhteen sovitettava. Teoksessa Salmela, T. (toim.) Autetaanko asiakasta - palvelaanko potilasta? Atena Kustannus Oy, Jyväskylä.

Putkonen, H. 2005. Lasten varhaiskuntoutuspalvelut Janakkalassa.

Ranta, H. (toim.) 2004. Sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntö. Talentum Media Oy, Helsinki.

Reunanen, A. 2005. Verenkiertoelinten sairaudet. Teoksessa Aromaa A., Huttunen J., Koskinen S. & Teperi J. (toim.) Suomalaisten terveys. Kustannus Oy Duodecim, Kansanterveyslaitos ja STAKES, Helsinki.

Rimpelä, M. 2005a. Kunnan kansanterveystyö terveyden edistäjänä 1, Käsitteitä ja lakeja. *Suomen lääkärilehti* 44/2005, vsk 60, 4523 – 4526.

- Rimpelä, M. 2005b. Kunnan kansanterveystyö terveyden edistäjänä 2, Kansanterveysvastuu ja ydintehtävät. Suomen lääkäri-lehti 45/2005, vsk 60, 4651 – 4655.
- Rinne, M. 2002. Mistä apu nuorten epäspesifeihin selkävaivoihin? Fysioterapia vol. 49, 4/02, 9 – 10.
- Rintala, E. 1998. Priorisointi julkisessa terveydenhuollossa. Erikoislääkäreiden kliiniseen ja hallinnolliseen priorisointiin vaikuttavat arvot. Suomen Kuntaliiton painatuskeskus, Helsinki.
- Rissanen, K-M. Osastonhoitaja. Riihimäen seudun terveystieteiden kuntayhtymä.
Haastattelu. 18.5.2006.
- Ryynänen, O-P., Myllykangas M., Kinnunen J. & Takala J. 1997. Terveyden ja sairauden valinnat. Suomen kuntaliiton painatuskeskus, Helsinki.
- Ryynänen, O-P., Myllykangas M. 2000. Terveydenhuollon etiikka: Arvot monimutkaisuuden maailmassa. WSOY, Helsinki.
- Ryynänen O-P., Kukkonen J., Myllykangas, M., Lammintakanen, J. & Kinnunen, J. 2006. Priorisointi terveydenhuollossa. Mitä maksaa, kuka maksaa. Talentum Media Oy, Helsinki.
- Röberg, M. 2006. Tasa-arvoisuus fysioterapian käytössä ja fysioterapian tarpeeseen vastaamisessa. Terveys 2000 -tutkimuksen fysioterapiaa käsitteleviä raportteja. Turun yliopisto. Sosiologia. Kandidaatin tutkielma. (aineisto saatu tutkijalta sähköpostiviestinä 2.5.2006)
- Salminen JJ. 2002. Miksi nuoren selkä on kipeä? Fysioterapia vol. 49, 4/02, 4 – 7.
- Sipilä, S., Rantanen, T. 2003. Lihasvoima. Teoksessa Heikkinen E., Rantanen T. (toim.) Gerontologia. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Stakes Indikaattoripankki SOTKANet (viitattu 7.2.2006 Google).

http://edustapalvelin.stakes.fi/portal/page?_pageid=53,1&_dad=portal&_schema=PORTAL

Stakesin Uutiskirje 1/2005 (viitattu 3.10.2006 Google)

<http://www.stakes.fi/uutiskirje/05%5F01/juttu5.htm>

Stolt, P. Vastaava fysioterapeutti. Laukaan terveystakes. Puhelinhaastattelu 10.12.2005.

Taimela, S. 2005. Selkävaivat. Teoksessa Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. (toim.) Liikuntalääketiede. 3. Uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Teppo, L. 2005. Syöpätaudit. Teoksessa Aromaa A., Huttunen J., Koskinen S. & Teperi J. (toim.) Suomalaisten terveys. Kustannus Oy Duodecim, Kansanterveyslaitos ja STAKES, Helsinki.

Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja I. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tilvis R. 2003. Vanhus potilaana. Teoksessa Tilvis R., Hervonen A., Jäntti P., Lehtonen A. & Sulkava R. (toim.) Geriatria. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Tyni-Lenne R. 2003. Ennaltaehkäisyn perinteistä pidettävä kiinni fysioterapiassa. Teoksessa Mansikkamäki, T. (toim.) Polkuja fysioterapian tulevaisuuteen. Suomen Fysioterapeuttiliiton 60-vuotisjuhlajulkaisu. Painotalo Auranen.

Uusitupa, M. 1998. Lihavuus ja terveys. Teoksessa Fogelholm M., Mustajoki P., Rissanen A. & Uusitupa M. (toim.) Lihavuus. Ongelma ja hoito. 2. uudistettu painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Varonen, H., Romanov, K. & Lodenius, L. 2004. Tietohaku tietokannoista palvelun suunnittelua varten. Teoksessa Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila, J. & Viitala, J. (toim.). Terveyspalveluiden suunnittelu. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Viitanen, E. 1997. Fysioterapian ammattikulttuuri terveyskeskuksissa. Tampereen yliopisto. Vammalan Kirjapaino Oy, Vammala.

Viramo, P., Sulkava R. 2002. Muistihäiriöiden ja dementian epidemiologia. Teoksessa Erkijuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. Muistihäiriöt ja dementia. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Vuori, I. 2005. Liikunnan vaikutustapa. Teoksessa Fogelholm, M., Vuori, I. (toim.) Terveysliikunta. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Wilskman, K., Heistaro, S. & Ashorn, P. 2004. Poliittinen päätöksenteko kunnan terveyspalveluiden järjestämisessä. Teoksessa Mäntyranta, T., Elonheimo, O., Mattila, J. & Viitala, J. (toim.). Terveyspalveluiden suunnittelu. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

YK:n lasten oikeuksien julistus. 1959 (viitattu 3.10.2006 Google)
<http://www.ykliitto.fi/iotieto/lapsij.html>

LIITTEET

LIITE 1

Tarja Saari
Varstatie 24
13500 Hämeenlinna

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Marja-Liisa Salmela
Aurinkokatu 3 A 7
13100 Hämeenlinna

24.3.2006

Janakkalan kunta
Perusturvalautakunta
Puheenjohtaja Terttu Tuomi-Koskelin

Opiskelemme Lahden ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan laitoksella. Täydennämme tutkintomme AMK - tutkinnoksi. Anomme kohteliaimmin lupaa opinnäytetyötämme varten, jonka aiheeksi olemme valinneet Janakkalan kunnan terveyskeskuksen fysioterapiapalveluiden priorisoinnin. Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa asiantuntijälähtöisestä näkökulmasta niitä puitteita, jotka vaikuttavat fysioterapiapalveluiden tarjontaan Janakkalan terveyskeskuksessa. Käytämme kartoitusta moniammatillisen yhteistyön ja keskustelun pohjaksi sekä fysioterapiapalveluiden suunnittelun tueksi. Opinnäytetyöhön liittyy kartoittava kysely, jonka osoitamme perusturvalautakunnan jäsenille, lääkäreille, terveyden- ja sairaanhoidon sekä vanhustyön tulosalueiden esimiehille.

Lupa myönnetty

Paikka:

Aika:

Allekirjoitus:

LIITE 2

Turengissa 14.3.2006

Hyvä vastaanottaja,

Opiskelemme Lahden ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveystieteiden laitoksella. Täydennämme tutkintomme fysioterapeutin AMK -tutkinnoksi. Opiskelumme sisältää opinnäytetyön, jonka aiheeksi olemme valinneet Janakkalan kunnan terveyskeskuksen fysioterapiapalveluiden priorisoinnin.

Opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa asiantuntijalähtöisestä näkökulmasta niitä puitteita, jotka vaikuttavat fysioterapiapalveluiden tarjontaan Janakkalan terveyskeskuksessa. Käytämme kartoitusta moniammatillisen yhteistyön ja keskustelun pohjaksi sekä fysioterapiapalveluiden suunnittelun tueksi. Opinnäytetyöhön liittyy kysely, jonka osoitamme perusturvalautakunnan jäsenille, lääkäreille, terveyden- ja sairaanhoidon sekä vanhustyön tulosalueen esimiehille.

Halutessanne voitte tutustua kyselyn kannalta olennaisiin käsitteisiin tämän saatekirjeen mukana tulevassa liitteessä.

Pyydämme, että huomioitte vastatessanne koko Janakkalan kunnan väestön tarpeen.

Toivomme teidän vastaavan kyselyyn 20.4.2006 mennessä. Vastauksia käsitellään luottamuksellisesti. Voitte palauttaa kyselyn oheisessa vastauskuoressa.

Ystävällisin terveisin

Tarja Saari
Vastaava fysioterapeutti
Janakkalan terveyskeskus
Puh. 050-5915878

Marja-Liisa Salmela
Fysioterapeutti
Janakkalan terveyskeskus
Puh. 03-6801435

LIITE 3

Fysioterapia

Fysioterapia on fysioterapeutin ja asiakkaan välisessä terapiasuhteessa tapahtuvaa ohjausta, neuvontaa, terapeuttista harjoittelua, manuaalista ja fysikaalista terapiaa, liikkumis- ja toimintakyvyn harjoittamista sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. Fysioterapiaprosessiin kuuluu fysioterapeuttinen tutkiminen, fysioterapiasuunnitelman laatiminen, fysioterapian toteuttaminen ja fysioterapian tuloksellisuuden arviointi.

Fysioterapeuttinen ohjaus ja neuvonta

Asiakasta tuetaan harjoittelemaan itsenäisesti, ymmärtämään harjoittelun tarkoitus ja ottamaan omat voimavarat käyttöön yhdessä asetettujen fysioterapian tavoitteiden saavuttamiseksi. Yhdessä asiakkaan kanssa etsitään vaihtoehtoisia ratkaisuja, kun tavoitteena ovat muutokset esimerkiksi liikuntatottumuksissa sekä työ- ja toimintatavoissa.

Terapeuttinen harjoittelu

Fysioterapiassa terapeuttinen harjoittelu tarkoittaa aktiivisten ja toiminnallisten menetelmien käyttöä, joiden avulla pyritään vaikuttamaan asiakkaan fyysisiin ominaisuuksiin ja aktivoimaan hänen tietoisia toimintojaan. Voidaan harjoittaa asiakkaan hengitys- ja verenkiertoelimistön suorituskykyä, lihasvoimaa, lihaskestävyyttä, nivelten liikkuvuutta ja/tai motorisia taitoja, kuten kävelyä tai tasapainon hallintaa. Harjoittelun avulla voidaan lievittää kipua sekä lisätä kehon hallintaa ja itsetuntemusta. Fysioterapeutti ohjaa harjoittelua yksilöllisesti tai ryhmissä.

LIITE 4

Pyydämme teitä vastaamaan seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä mielestänne sopivin vaihtoehto

- | | | |
|-------------|---|-----------------------------------------------------------------|
| 1. Oletteko | 1 | Perusturvalautakunnan jäsen |
| | 2 | Terveysten- ja sairaanhoidon tai vanhustyön tulosalueen esimies |
| | 3 | Lääkäri |

Seuraavassa esimerkkejä sairauksista / oireista, joihin fysioterapeuttisella ohjauksella / neuvonnalla / terapeuttisella harjoittelulla voidaan vaikuttaa.

Miten tärkeänä pidätte terveyskeskuksen fysioterapiapalveluita seuraavissa sairauksissa ja oireissa?

- | | ei lainkaan tärkeä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | erittäin tärkeä |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---|---|---|---|---|-----------------|
| 2. Lasten ja nuorten tuki- ja liikuntaelin-
oireisiin liittyvässä kuntoutuksessa? | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 3. Aikuisväestön alaselkäoireisiin liittyvässä
kuntoutuksessa? | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 4. Aikuisväestön niska-hartiaseudun ja
olkanivelten oireisiin
liittyvässä
kuntoutuksessa? | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 5. Aikuisväestön tuki- ja liikuntaelin-
sairauksiin, kuten reumatauteihin ja
nivelrikkoon, liittyvässä kuntoutuksessa? | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 6. Aikuisväestön hengityselinsairauksiin,
kuten astmaan ja keuhkohtaumatautiin
liittyvässä kuntoutuksessa? | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |

- | | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 7. Aikuisväestön metabolisen oireyhtymän hoidossa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Aikuisväestön tyypin 2 diabeteksen hoidossa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Aikuisväestön sydänsairauksien kuntoutuksessa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Aikuisväestön lantionpohjan toimintahäiriöiden, kuten virtsankarkailun hoidossa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Aikuisväestön endoproteesileikkausten, kuten, polvi- ja lonkkaproteesileikkausten jälkeisessä kuntoutuksessa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Aikuisväestön muiden leikkausten, kuten polvi- ja olkanivelten täyhystysten jälkeisessä kuntoutuksessa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Ikääntyneen väestön lonkkamurtumien jälkeisessä kuntoutuksessa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Aikuisväestön toispuolihalvausten jälkeisessä kuntoutuksessa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Aikuisväestön muihin neurologisiin sairauksiin, kuten parkinsonintautiin liittyvässä kuntoutuksessa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Seuraavassa esimerkkejä asiakasryhmistä, joiden voidaan arvioida hyötyvän fysioterapeuttisesta ohjauksesta / neuvonnasta / terapeuttisesta harjoittelusta.

Miten tärkeänä pidätte fysioterapiapalveluita seuraaville asiakasryhmille?

16. Motorisesti kömpelöille lapsille ja nuorille? 1 2 3 4 5
17. Fyysisesti passiivisille lapsille ja nuorille? 1 2 3 4 5
18. Fyysisesti passiivisille aikuisikäisille? 1 2 3 4 5
19. Lievästi tai kohtalaisesti ylipainoisille aikuisikäisille? 1 2 3 4 5
20. Aikuisikäisille, joilla on osteoporoosi? 1 2 3 4 5
21. Raihnaistuville ikääntyneille? 1 2 3 4 5
22. Mikäli fysioterapiapalveluiden tarve kasvaa ja resurssit pysyvät ennallaan, mihin kolmeen asiakasryhmään, sairauteen /oireeseen liittyvästä palvelusta tulisi mielestänne luopua?
Vastatkaa seuraaville riveille ko kohtien numeroin

23. Millaisia yhteistyön muotoja Janakkalan kunnassa tulisi mielestänne kehittää fysioterapiapalveluihin liittyen?

Voitte vastata seuraaville riveille ja tarvittaessa käyttää lomakkeen kääntöpuolta.

Kiitokset vaivannäöstänne